

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 148.

SYPHILIS
NOURRICES ET NOURRISSONS

DIAGNOSTIC ET PROPHYLAXIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel PETIT

Né le 10 mai 1878, à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire)



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

SYPHILIS
NOURRICES ET NOURRISSONS

DIAGNOSTIC ET PROPHYLAXIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 148.

SYPHILIS

NOURRICES ET NOURRISSONS

DIAGNOSTIC ET PROPHYLAXIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel PETIT

Né le 10 mai 1878, à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire)



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales	JABOULAY.
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	GAYET.
Clinique ophtalmologique	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	BEAUVISAGE.
Matière médicale et Botanique	LORTET.
Parasitologie.	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie	TEISSIER.
Pathologie interne.	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène.	SOULIER.
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYEN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. CECCALDI, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAILLETON, Président ; DURAND, Assesseur ;
MM. BÉRARD et FABRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A mon Président de thèse

Monsieur le Professeur GAILLETON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

CODE CIVIL, ART. 1382 : *Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.*

CODE PÉNAL, ART. 378 : *Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de 1 à 6 mois et d'une amende de 100 à 500 francs.*

Ainsi, par ces deux articles du Code, le médecin est passible d'une condamnation :

Soit (art. 1382) qu'on l'accuse d'avoir permis une contamination en laissant une nourrice saine prendre un nourrisson syphilitique, sans l'avoir avertie au préalable du danger qu'elle allait courir.

Soit au contraire (art. 378) qu'il dévoile à la nourrice le secret qu'il a surpris dans l'exercice de sa profession et trahisse ainsi le secret médical.

Dans l'un et l'autre cas, il est coupable et par suite peut être cité devant les tribunaux.

M. le professeur Fournier, examinant cette ques-

tion en 1878 (1), dit : « Je vais plus loin quant à moi, « de par l'expérience que j'ai acquise en la matière, « de par ce que j'ai vu, lu et entendu. Et je dis que, « grâce à la combinaison de ces deux articles du « code, le médecin se trouve, en l'espèce, conduit « dans une impasse, dont il ne peut sortir *sans être* « *coupable*. Qu'il prenne tel ou tel parti, qu'il fasse « blanc ou noir, il sera toujours coupable. Car, s'il « fait blanc, il obéit au premier des deux articles pré- « cités, mais en lésant le second; et, s'il fait noir, il « obéit au second mais en lésant le premier. Donc, la « situation est insoluble pour lui, légalement; et il « est amené légalement — passez-moi une expres- « sion triviale — dans un véritable traquenard sans « issue. »

Et c'est là ce qui se rencontre journellement dans la clientèle privée. Dès le lendemain de la naissance, quelque fois le jour même, les parents convoquent une nourrice et demandent au médecin de signer un certificat constatant que l'enfant est en bonne santé et qu'il peut sans danger être confié à cette nourrice. Nous entendons par là qu'il s'agit du nourrissement au sein.

Or, si le médecin signe le certificat et qu'une contamination se produise, il tombe sous le coup de l'article 1382 du Code civil; s'il refuse de signer ou s'il prévient la nourrice, les parents de l'enfant l'attaqueront en vertu de l'article 378 du Code pénal.

Dans les hôpitaux et surtout dans les services de

(1) Fournier. *Nourrices et nourrissons syphilitiques*. Paris, 1878.

filles-mères, la question est bien plus délicate et comme la plupart de ces malheureuses ont eu recours à l'assistance hospitalière, pour mieux cacher leur faute, elles abandonnent leur enfant. Alors intervient l'administration des Enfants assistés qui réclame au chef de service et cela d'une façon catégorique, *au plus tard le 9^e jour*, puisque l'hôpital ne garde ces abandonnés que 10 à 12 jours, un certificat indiquant l'état sanitaire de l'enfant au point de vue syphilis et si elle peut, sans crainte d'accidents ultérieurs, confier l'enfant à une nourrice pour l'élever, soit au sein, soit au biberon.

Or, il est prouvé aujourd'hui que nombre d'enfants, cependant syphilitiques certains, naissent en état de santé parfaite. Rien ne permet de soupçonner leur maladie, rien ne permet de la diagnostiquer et cependant, dans un laps de temps plus ou moins rapproché, ces enfants contagionnent leur nourrice.

Sans vouloir rappeler ici toutes les recherches entreprises à ce sujet par nombre d'auteurs, nous donnerons seulement les résultats admis aujourd'hui.

Les accidents syphilitiques se montrent chez le nouveau-né à une époque très variable après la naissance. C'est le plus fréquemment du premier au troisième mois que l'on voit apparaître les accidents. Du quatrième au septième la décroissance se fait rapidement et passé le septième mois, il n'y a presque plus d'exemples de syphilis congénitale qui puisse apparaître. C'est donc dans les trois premiers mois et surtout pendant le premier que les symptômes se mon-

trent. Sur 200 cas on voit les accidents survenir 115 à 120 fois dans le premier mois, le reste ou presque dans les deuxième, troisième et quatrième mois et dans un ou deux cas seulement du sixième au septième mois.

On conçoit dès lors, que la question ainsi posée est grosse d'importance et qu'il est malheureusement à l'heure actuelle encore trop de cas de contamination, et cela malgré toute l'attention et tout le soin que peut apporter le chef de service dans la recherche des signes permettant de conclure à l'un ou l'autre mode d'allaitement.

Bien entendu, à chaque contamination nouvelle il y a une somme assez importante (de 3 à 5000 francs) allouée aux nourrices et, toutes les fois que pareil fait se produit, il y a nouveaux murmures de l'administration qui prie les chefs de service de vouloir mettre plus de soins dans leurs examens sanitaires.

Aussi, devant l'état actuel des choses, comme rien ne permet d'éviter l'erreur, M. le professeur Gailleton nous a fait le grand honneur de nous confier cette étude et de nous faire rechercher si l'on peut faire le diagnostic précoce de la syphilis chez le nouveau-né et quelles sont les modifications à apporter dans la conduite à tenir soit de la part du médecin, soit de la part des hôpitaux.

Ainsi donc, le point important de notre travail sera avant tout le diagnostic précoce de la syphilis, puis les mesures prophylactiques à prendre.

Mais nous croyons indispensable cependant, pour plus de clarté et surtout pour donner une idée d'en-

semble de la question, de diviser cette étude en quatre chapitres.

I^{er} Chapitre. — Dans le premier, nous énumérerons les symptômes rares et les lésions visibles, bien décrites dans les ouvrages spéciaux, pour nous étendre plus longuement sur trois d'entre elles (lésions des muqueuses, coryza, pemphigus) propres aux nourrissons, qui sont en quelque sorte les symptômes cardinaux les plus fréquents que nous appellerons *signes de certitude de la syphilis*.

Puis nous en grouperons un certain nombre sous la dénomination de *petits signes*, nom que leur a donné M. le professeur Gailleton, dans sa leçon du 20 novembre 1903. Ces signes pris individuellement n'ont aucune valeur, mais lorsqu'on constate la présence de quelques-uns sur un enfant, ils doivent rendre la surveillance plus attentive.

II^e Chapitre. — Dans un deuxième chapitre nous verrons les éléments du diagnostic, autres que les lésions, et surtout si, comme on l'a dit, un seul signe bien constaté permet d'être affirmatif.

III^e Chapitre. — Le traitement fera l'objet du troisième chapitre.

IV^e Chapitre. — Nous terminerons cette étude en indiquant la conduite qui nous semble la meilleure à l'heure actuelle pour le médecin et surtout nous établirons la nécessité pressante de la création de locaux spéciaux.

Mais avant d'aborder ce travail, nous tenons à remercier M. le professeur Gailleton, qui nous a donné l'idée première de cette étude, de la bienveillance qu'il nous a témoignée et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le docteur Fabre, en nous autorisant à compiler les observations laissées par M. le professeur Fochier, en nous permettant de suivre les consultations de nourrissons, a facilité beaucoup notre tâche. Nous lui exprimons notre vive et profonde reconnaissance.

A tous ceux qui nous ont témoigné de la sympathie et de l'intérêt, nous adressons nos sentiments de profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

DES SYMPTOMES DE LA SYPHILIS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

La symptomatologie de la syphilis a été étudiée par un grand nombre d'auteurs et il nous paraît impossible de résumer tout ce qui a été dit ou écrit sur cette question.

Aussi allons-nous simplement résumer dans un tableau toutes les lésions que l'on a signalées, comme pouvant se montrer chez le syphilitique héréditaire, pendant la première année de la vie. Nous ne ferons qu'indiquer ces lésions et nous consacrerons un assez long développement à certaines d'entre elles qui sont pour ainsi dire l'apanage du nouveau-né seul et que l'on n'observe jamais chez l'adulte.

Il nous semble qu'il eut été plus logique de placer ici, avant l'énumération des symptômes, les chiffres que nous avons donnés dans le chapitre précédent, relatifs à l'époque de l'apparition des symptômes.

Nous l'avons fait cependant à dessein, dans le but de mieux faire ressortir le point spécial que nous voulons traiter, c'est-à-dire : *l'impossibilité dans laquelle se trouve souvent le médecin de faire le diagnostic de la syphilis chez le nouveau-né, dès les premières heures de la vie.*

Tout d'abord, ce qu'il importe de ne pas oublier, ce sont les caractères si particuliers de cette syphilis foetale. Chez l'enfant naissant, la vérole a une physionomie spéciale et elle est surtout caractérisée par ce fait qu'elle est secondaire d'emblée, le chancre initial fait défaut. Elle est, d'autre part, plus grave que chez l'adolescent et que chez l'adulte, opérant son action néfaste sur des terrains où la résistance naturelle est moindre.

Bien plus, chez l'adulte, aux lésions simples, on voit survenir des lésions très profondes. Chez l'enfant, au contraire, ce qui caractérise ce type, *c'est le mélange complexe de tous les accidents syphilitiques réunis chez le même individu.*

Chez lui, on trouve non-seulement des lésions de la peau, des muqueuses, mais encore du foie, de la rate, du thymus, des poumons, de l'intestin, en un mot de tous les organes, de tous les tissus et même du tissu osseux. On a donc les formes les plus bénignes et les formes les plus graves et c'est ce qui explique la grande mortalité de ces tarés.

Ce mélange de toutes les lésions est le caractère fondamental de la syphilis congénitale. Aussi, en présence d'un nourrisson, faudra-t-il l'examiner très soigneusement, tant sur le corps qu'au niveau des

orifices naturels, sans oublier l'examen des organes profonds (rate, foie, etc.)

En dehors donc des lésions d'autopsie, qui viennent confirmer les soupçons du médecin ou le renseigner sur les causes de la mort de l'enfant, mais dont l'étude serait déplacée dans notre travail, voici le résumé de toutes les lésions pouvant apparaître chez le nouveau-né.

Mais, pour éviter une énumération sans ordre de toutes ces lésions, nous allons les classer en trois groupes :

Lésions cutanées.

Lésions des organes.

Lésions générales.

LÉSIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Lésions cutanées

Roséole. — Lichen. — Psoriasis. — Ecthyma. — Desquamation des doigts et des orteils. — Ulcérations ombilicales et axillaires.

Coloration de la peau (chez débiles). — Syphilides maculo-papuleuses. — Impétigo. — Erythème.

Plaques muqueuses. — Rhagades. — Coryza et ozène. — Pemphigus.

Lésions des organes

Iritis (1). — Otorrhée (1). — Albuminurie (2). — Orchite (1). — Scière.

Hépatomégalie. — Pustule au voile du palais, à la langue, aux gencives, etc. (3). — Ascite. — Splénomégalie. — Stomatite. — Laryngite. — Dysphagie. — Vomissements non dus à la suralimentation. — Diarrhée fébrile.

Lésions générales

Dystrophies veineuses (1). — Lésions articulaires. — Adénopathies (2). — Alopecie (2). — Absence des cils et des sourcils (2 et 3). — Fièvre.

Ossification incomplète et écartement des os du crâne.

Osteophytes des os, surtout du crâne au niveau du bregma.

Inflexion des côtes.

Crâne natiforme (consistant en un développement exagéré des deux frontaux et des deux pariétaux).

Pseudo-paralysie syphilitique (3), (qui s'observe surtout pendant les trois premiers mois et est due à la disjonction épiphysaire du cartilage de conjugaison des os des membres paralysés).

Sclérème. — Cachexie (aspect de petit vieux). — Courbe d'accroissement. — Poids inférieur à la moyenne.

Lésions osseuses (4)

(1) Ed. Fournier. *Thèse Paris*.

(2) Moussous, *loc. cit.*

(3) Casati (trad. D. Mollière). Paris, 1874.

(4) Blanchet, *loc. cit.*

(5) Gilbert. *Thèse Paris*, 1900.

(1) Blanchet. *Thèse Paris*, 1902.

(2) Moussous. *Congrès de Bordeaux*, 1895.

(3) Casati (trad. D. Mollière). Paris, 1874.

On voit donc par ce tableau combien les lésions sont complexes, et si en médecine les petites circonstances ont une signification capitale, cela est encore plus vrai pour la syphilis. Ces lésions sont nombreuses et il est de toute nécessité de bien connaître toutes les particularités qu'elles peuvent présenter.

L'apparition des symptômes ne se produit pas dans un ordre assez rigoureux pour permettre un classement chronologique. Aussi un seul mode de classement est-il possible : c'est celui qui range les symptômes d'après leur plus grande fréquence.

En effet, parmi ces signes, il en est d'excessivement rares, puisque nous n'avons jamais pu les observer pendant les deux années où nous avons suivi la consultation des nourrissons, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à la Clinique obstétricale. Les autres, plus fréquents, ne donnent que peu de sûreté au diagnostic. D'autres enfin ont une signification certaine; ils sont pour ainsi dire pathognomoniques de la syphilis et se voient très fréquemment.

Ces derniers sont tellement importants soit par l'aspect qu'ils présentent, soit surtout parce qu'ils sont l'apanage exclusif du nouveau-né, que nous les appellerons « *signes de certitude de la syphilis* », et sous ce titre nous rangeons :

A. *Les lésions des muqueuses.*

B. *Le coryza.*

C. *Le pemphigus.*

Ceux qui, moins fréquents, laissent plus de place à l'incertitude sont bien utiles à connaître et nous les

appellerons : « *petits signes de la syphilis* », nom que leur a donné M. le professeur Gailleton (1). Ces petits signes sont :

Diminution rapide et constante du poids.

Cachexie (aspect de petit vieux).

Diarrhée fétide (quand elle n'est pas due à la suralimentation).

Splénomégalie.

Ictère.

Ascite.

Laryngite avec aphonie et dysphagie.

Hépatomégalie.

Sclérème.

A ces signes, il faut en ajouter un autre très utile : « *l'importance de la courbe d'accroissement* ». C'est presque un signe de certitude.

Leur grand nombre nous oblige à ne pas entrer dans les détails et nous décrirons seulement avec quelques développements *les signes de certitude*.

A. — Lésions des muqueuses.

Les lésions des membranes muqueuses et surtout de celles qui confinent à la peau, ne sont pas rares chez le nouveau-né. On peut les voir apparaître dans les points suivants : organes génitaux, anus, larynx, pharynx, voile du palais, bouche, lèvres et nez.

Sur les organes génitaux, les plaques n'offrent rien de spécial dans l'un et l'autre sexe chez le nouveau-né, où le fonctionnement de ces organes « *sommeille* »,

(1) Gailleton. Leçon clinique inédite du 20 novembre 1903.

où ils ne servent jamais de porte d'entrée à la syphilis. Elles revêtent d'ailleurs les mêmes caractères que chez l'adulte.

A l'anus, rien de particulier. Le diagnostic est plus difficile dans cette région par suite des lésions fréquentes que l'on y rencontre.

Les plus importantes, les plus fréquentes sont celles des voies respiratoires et des premières voies digestives (bouche, pharynx et voile du palais). On observe surtout ces lésions dans les points où la peau confine à une muqueuse et se continue avec elle. La raison de cette fréquence en est, d'après Diday (1), à la fois dans la structure et dans les fonctions des parties.

« La structure, car c'est là que convergent les orifices des cavités muqueuses, orifice autour desquels la nature a accumulé les vaisseaux, les nerfs de divers ordres, les follicules pileux. Les fonctions, car, indépendamment des sympathies qui s'exercent au pourtour de ces ouvertures, des différentes espèces de sensibilité dont elles sont pourvues. leur participation aux actes digestifs, respiratoire, phonateur, la succion, les excrétions appellent incessamment sur elles l'action des influences qui déterminent une diathèse à opérer sa décharge là plutôt qu'ailleurs. »

C'est, en effet, de toutes les lésions secondaires de la syphilis, celles que l'on retrouve le plus souvent, que la syphilis soit héréditaire ou qu'elle reconnaisse pour cause l'allaitement, etc.

(1) Diday. *Syphilis des nouveau-nés*. Paris, 1854.

Ce sont des ulcérations arrondies, ayant le même siège que chez l'adulte, mais n'ayant pas exactement le même aspect. La caractéristique de ces lésions est qu'elles sont toujours ici beaucoup moins saillantes et beaucoup plus tôt exulcérées.

Examinées dès le début, on constate qu'il s'agit d'une simple élévation blanche, dont le contour irrégulièrement arrondi, forme, comme l'a écrit Diday, « *le principal cachet de la syphilis*, ; mais bientôt des « points excavés se dessinent au centre de cette « surface, et au bout de fort peu de temps, ce n'est « qu'une ulcération qui se présente à l'œil du médecin. C'est, comme dans la syphilis acquise, un « ulcère superficiel, offrant toujours une forme « arrondie, en croissant, en fer à cheval, en ellipse « à couleur blanche, diphtéritique, ne devenant « rouge que sur le point de guérir.

« Ces ulcérations spéciales attaquent tous les « points, depuis les lèvres jusqu'à l'isthme du gosier, « tantôt s'y plongeant de l'extérieur, tantôt circonscrite à la muqueuse même. Cependant, il est quelques-unes de ces parties où elles semblent se localiser plus particulièrement : sillon qui unit les gencives aux lèvres, le frein de la lèvre supérieure (signalée par Souchez); une ligne horizontale antéro-postérieure occupant le milieu de la joue; les bords et la pointe de la langue, la voûte palatine, les piliers du voile du palais et les amygdales. Mais parfois, elles n'affectent que l'un de ces sièges et, dans ce cas, après les lèvres, c'est le plus souvent les bords de l'isthme guttural qui en sont seuls

« atteints. » C'est probablement à l'extension des plaques muqueuses sur le larynx qu'est dû, comme l'a dit Rosen « *cet enrrouement fréquent sans cause manifeste.* » Colles aussi avait remarqué que les enfants infectés présentent des altérations caractéristiques du timbre de la voix. Leur voix est rauque, mais d'une raucité particulière. Diday admettait qu'il s'agissait soit du développement des tubercules muqueux, soit d'un simple erythème. Blanchet (1) les considère comme plus fréquentes chez les filles.

Mais pour les plaques du pharynx, du voile du palais, l'examen est très difficile ou même impossible et comme le dit Diday « on peut affirmer sans crainte « d'être démenti par ceux qui ont l'habitude de ces « recherches, que : *le médecin ne peut jamais répondre qu'il n'y ait pas quelques lésions dans l'arrière-bouche d'un enfant nouveau-né.* » Si l'on se « rappelle que les plaques muqueuses n'affectent « parfois que l'un des bords de l'isthme guttural, si « l'on réfléchit au grand nombre de nourrices qui « sont réellement infectées par des nourrissons que le « médecin a déclarés et certifiés exempts de tout mal « dans la bouche, on comprendra à la fois la justesse « et l'importance de cette remarque. »

Le diagnostic est facile en général pour les lèvres et la langue ; on reconnaît facilement ces lésions, non seulement à cause de la netteté de leurs caractères, mais aussi parce qu'elles sont identiques à la forme que l'on observe chez l'adulte. Avec un peu d'attention,

(1) Blanchet, *Thèse Paris*, 1902.

on évitera la confusion, avec la stomatite, le muguet, les aphtes, le noma, etc.

Enfin, il est une lésion que nous ne saurions passer sous silence, car, outre sa très grande fréquence, elle coexiste toujours avec les plaques muqueuses. Ce sont les *rhagades ou gourmes*.

Signalées par Jambon, elles ont été surtout bien décrites par Trousseau et Lassègue (1) : « Aux points
« où la membrane muqueuse se continue avec la peau,
« à l'orifice de la bouche, comme à celui du rectum,
« on observe des fissures plus ou moins rapprochées
« et qui rayonnent en suivant la disposition des plis
« naturels de la membrane. Ces stries vont en dimi-
« nuant de profondeur et de largeur, à mesure que
« l'on s'éloigne de la membrane muqueuse ; leur fond
« est d'un rouge vif, saignant, leurs bords sont comme
« frangés ; à l'ouverture anale, les fissures semblent
« excoriées moins profondément. »

Ce sont là des ulcérations que l'on peut observer aussi aux creux axillaires, aux plis génito-cruraux, aux creux poplités, etc., mais qui ont comme lieu d'élection le pourtour de la bouche. Elles lui donnent, en effet, un aspect particulier que le professeur Gübler a comparé fort justement à une *bourse en coulisse*. Bien plus, ces ulcérations sont parfois si profondes, d'après Moussous (1), qu'elles peuvent produire de véritables sténoses artificielles.

(1) Trousseau et Lassègue. *Archives générales de médecine*.

(1) Moussous. Note sur 52 cas d'hérédosyphilis. Congrès de Bordeaux, août 1895.

B. — **Coryza.**

Le coryza syphilitique est, comme l'a dit Rollet, la manifestation la plus fréquente, la plus constante même, pourrait-on ajouter, de la syphilis héréditaire des nouveau-nés.

Le professeur Fournier a bien établi les proportions dans lesquelles on le rencontre et cela suivant le mode de contagé.

Si le père et la mère sont syphilitiques, l'affection se montre chez l'enfant dans 68,1 pour 100.

Si la mère seule est syphilitique, le coryza apparaît 84 fois sur 100.

Si le père seul est syphilitique, dans 37 pour 100 de cas.

Mais il ajoute que cette lésion est influencée par le temps et par le traitement surtout qui diminue considérablement ces chiffres.

C'est dans le cours de la première année de l'infection syphilitique, que l'accident se montre le plus fréquent. La date de son apparition est variable. Les auteurs concluent qu'il est exceptionnel de le rencontrer après le huitième mois, mais tous s'accordent à dire qu'il apparaît généralement dans la quatrième, la troisième ou la deuxième semaine de la vie. Ripault (1) dit même premier septenaire. On le voit survenir en même temps que les éruptions cutanées, les précédant parfois, et dans quelques cas, constituant à lui seul l'unique manifestation objective de la syphilis.

(1) Ripault, *Hérédosyphilis infantile, manifestations pharyngonasales et laryngées*, Th., Paris, 1895-96.

Nous disons la seule, car, en même temps qu'il apparaît, il se produit des lésions viscérales, véritables plaques ulcéreuses comme on les a décrites, qui, associant leur action néfaste sur le tube digestif à celle produite par le coryza sur les voies respiratoires, font disparaître rapidement le petit malade, si un traitement énergique et hâtif ne vient enrayer et guérir ces lésions.

Il est souvent aussi le premier symptôme de la diathèse et cela parce que le nouveau-né respirant seulement par le nez « c'est le point de l'organisme « qui aura le plus à souffrir des variations de l'atmosphère ambiante, variations qui pourront déterminer du côté de la muqueuse nasale des lésions « hyperhémiques qui en feront un *locus minoris « resistantiæ* où le processus syphilitique aura « moins de peine à triompher de la résistance de l'organisme et où il pourra produire ses premières « manifestations (1). »

Il s'agit donc là d'un point de diagnostic important, aussi allons-nous y consacrer quelque développement. Le début du coryza syphilitique est, à l'inverse du coryza ordinaire, très insidieux et surtout *bilatéral*. On voit d'abord survenir de l'enchifrénement, l'enfant respire mal. Cette difficulté de la respiration s'accroît de plus en plus, et bientôt on entend un sifflement qui se produit à la fois à l'inspiration et à l'expiration et surtout pendant la tétée, ce qui se comprend

(1) Casacca, *Coryza syphilitique du nouveau-né*, Thèse de Paris, 1895-96.

d'autant mieux qu'à ce moment il ne peut plus respirer par la bouche.

Si l'on observe alors de plus près les choses, on voit s'échapper du nez des mucosités d'abord filantes, puis séreuses, séro-purulentes, qui s'épaississent, deviennent noires, verdâtres, avec des stries sanguines. Ces croûtes, adhérentes à l'orifice intérieur des narines, le rétrécissent et sont le point de départ de l'obstruction complète, car, derrière elles, d'autres vont se former par suite de la stagnation des produits secrétés par la muqueuse nasale hyperhémisée.

Comme conséquence directe de cette lésion, l'enfant, ne pouvant respirer, refuse le sein ; il est agité, inquiet et la dénutrition fait de rapides progrès, car, à ce moment, la bouche est la seule voie offerte à l'accès de l'air : *pour ne pas s'asphyxier l'enfant ne se nourrit plus.*

Au bout de quelques jours, très rapidement, si l'enfant n'est pas soumis au traitement mercuriel, on voit la sécrétion nasale changer de caractères. Elle prend un aspect sanieux, dû à ce que les croûtes, en se détachant, donnent naissance à des hémorragies, faibles assurément, mais qui, outre la gravité excessive qu'elles présentent à cette époque de la vie, peuvent présenter tous les caractères d'un épistaxis véritable.

Un autre danger de l'obstruction de l'orifice inférieur des fosses nasales, permettant de se rendre compte de la mort souvent si rapide de ces petits êtres, est la chute des croûtes dans le pharynx. Elles viennent irriter les orifices des voies respiratoires, ce qui crée une cause nouvelle de dyspnée, venant s'a-

jouter encore aux ulcérations du larynx, que l'on rencontre souvent associées à cette forme.

Enfin, si l'enfant est débile et dépérit chaque jour, on peut voir ce fait observé plusieurs fois par Bouchut et sur lequel il a appelé l'attention : « L'air
« pénétrant difficilement par les narines et passant
« surtout par la bouche restée béante en raison de
« cette difficulté, entraîne la lèvre inférieure en
« arrière comme une soupape; il fait de même pour
« la langue qui se redresse, se recourbe et applique
« sa face inférieure sur le voile du palais, de façon à
« obstruer l'orifice bucco-pharyngien. Plus les enfants
« sont affaiblis, plus le phénomène est apparent ; il en
« résulte un obstacle à l'hématose qui s'ajoute aux
« efforts produits par la difficulté de la succion. Il a vu
« plusieurs fois, par suite de l'inspiration et du retrait
« de la langue en arrière, l'asphyxie survenir (1). »

Les choses peuvent ne pas aller si loin, surtout si l'enfant est né vigoureux ou s'il a été traité de bonne heure. On voit les croûtes s'échapper des fosses nasales, et derrière elles s'écoule une sérosité épaisse, gluante et surtout irritante qui, si l'affection se prolonge, arrive à produire par son contact continu des ulcérations de la lèvre supérieure en même temps que l'on observe des lésions érosives ou ulcéreuses aux commissures labiales et au pourtour des ailes du nez. Puis les croûtes deviennent de plus en plus rares, l'écoulement se tarit, les fissures labiales et nasales disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

(1) Jaccoud. Art. *Coryza*, par Denos, t. IX, p. 524.

Enfin, un des caractères encore essentiels de ce coryza, outre son début insidieux, l'absence de température, la bilatéralité des lésions, c'est sa tendance à la chronicité, exagérée encore par l'absence de traitement ou abrégée par la mort rapide du petit malade.

Quelles sont donc les lésions que l'on peut observer au niveau de la muqueuse nasale et quelle est leur nature ?

Par l'examen au speculum (1), « on constate, dès
« le début de l'affection, un gonflement très marqué
« de la muqueuse nasale, gonflement qui prédomine
« au niveau du cornet inférieur et s'accompagne
« d'une rougeur intense de toute la muqueuse, mais
« on n'y constate pas de lésions rappelant les plaques
« muqueuses.

« Plus tard, après l'ablation des croûtes qui obli-
« tèrent l'extrémité des narines, on voit, outre le
« gonflement et la rougeur précédente, un épaissis-
« sement très marqué de la pituitaire, épaississement
« surtout prononcé sur les cornets inférieurs qui, en
« dedans, viennent s'accoler à la cloison et s'ap-
« puiant en bas sur le plancher des fosses nasales. »

Quant à la nature des lésions, Diday les regardait comme des plaques muqueuses, développées sur la membrane de Schneider. Mayr a trouvé à l'autopsie, la muqueuse nasale offrant une rougeur tachetée, ou généralement avec ramollissement, surtout dans les points où cette membrane forme des plis ou passe sur des parties osseuses saillantes, comme les cornets

(1) Casacca, *loc. cit.*

inférieurs. A un stade plus avancé de l'affection, il a pu voir sur les parois latérales et même sur les cornets des ulcérations aplaties et à bords indurés.

M. le professeur Gailleton les considère comme des papules-érosives et Casacca leur refuse tout caractère spécifique : « Nous admettons, dit-il, que le « coryza syphilitique proprement dit ne s'accom-
« pagne pas d'ulcérations spécifiques : plaques mu-
« queuses, ulcérations gommeuses, etc. Il est cons-
« titué uniquement par une altération dans la struc-
« ture de la muqueuse hypertrophiée et dans sa
« vascularisation, ce n'est que secondairement et
« exceptionnellement qu'apparaissent des ulcérations
« qui, franchissant la barrière muqueuse que lui
« oppose la membrane de Schneider, gagnent soit le
« squelette des fosses nasales, soit les parois des
« cavités voisines ». Ce sont des lésions inflammatoires simples, qui peuvent persister seules pendant toute la durée du coryza. D'après Zeissl, qui les a bien étudié le premier, elles n'intéressent le plus souvent que l'épithélium, les papilles, les glandes et le tissu conjonctif de la muqueuse.

Les lésions peuvent offrir trois degrés :

1° Inflammation catarrhale de la muqueuse avec les caractères ci-dessus ;

2° Lésions plus profondes de la muqueuse qui consistent en ulcérations, auxquelles succèdent des lésions cicatricielles se montrant tantôt sous l'aspect de cicatrices simples, tantôt sous forme de bandes fibreuses, d'adhérences cicatricielles ;

3° Des lésions osseuses intéressant le périoste et le

squelette des fosses nasales. Mais elles sont très rares, car Parrot (1) sur 200 cas de syphilis ne les a vues qu'une seule fois.

Mais est-ce à dire que tout coryza, observé chez le nouveau-né, doive faire songer à la syphilis ? Nullement, mais le diagnostic ne peut se faire que par l'observation attentive et des lésions et de la marche de l'affection.

Le coryza syphilitique, nous l'avons vu plus haut, débute très insidieusement, mais il offre comme caractères absolus d'être *bilatéral*, *apyrétique*. Il apparaît vers la troisième ou quatrième semaine de la vie, plus rarement à la fin de la dernière semaine. Cependant, il faut savoir, croyons-nous, qu'il peut se montrer dès le dixième jour après la naissance, comme nous avons pu en constater nous-même un bel exemple sur un nouveau-né de la Clinique obstétricale, dont le diagnostic a été confirmé par M. le professeur Gailleton.

Les signes qui guideront surtout sont la nature de l'écoulement, ses caractères, les lésions, ulcérations et fissures, que l'on pourra observer sur le pourtour du nez et des lèvres ou au moyen du speculum dans les narines elles-mêmes.

Trousseau et Lasségue ont donné comme signe de grande valeur que « le coryza syphilitique commence « par l'intérieur des narines et y accomplit son entière « évolution, qu'il a moins de tendance à gagner les « parties intérieures qu'à pénétrer profondément vers

(1) Parrot. *Syphilis héréditaire et rachitisme*. Paris, 1886.

« le pharynx et à progresser vers le voile du palais. »

Enfin, signe très important pour nous, et sur lequel nous appelons bien l'attention, c'est que le coryza syphilitique est le seul qui s'accompagne d'une cachexie aussi profonde et aussi durable, d'une déchéance physique aussi grande, qui fait croire, à tout instant, que cet enfant, image vivante de la souffrance, a vécu.

Nous ne donnons, bien entendu, toute sa valeur à ce signe, que lorsque nous le trouvons chez un débile en compagnie d'un coryza grave, avec croûtes sânieuses, obstruant complètement l'orifice inférieur des fosses nasales et que nous constatons les difficultés de l'alimentation au sein.

Nous ajouterons qu'il est plus difficile à constater chez des enfants venus au monde avec une apparence de santé parfaite, avec un poids normal ou même supérieur. Là, assurément on sera bien moins frappé de la dénutrition rapide, la pesée journalière pourra seule en rendre compte et souvent ces enfants, venus au monde bien plus aptes à lutter pour sauver leur existence si fragile, supporteront bien mieux les assauts de la syphilis et montreront une résistance suffisante pour réagir contre les lésions et donner le temps au médecin d'intervenir efficacement. Chez le débile, au contraire, la réaction est nulle et la plus petite lésion revêt les caractères les plus graves.

Donc, si l'on est attentif aux caractères des lésions ci-dessus, il sera assez difficile de confondre ce coryza avec les autres.

Le coryza aigu simple évolue très rapidement ; les sécrétions muqueuses sont claires, jamais sanieuses, ni sanguinolentes. Généralement il est *unilatéral*. Il est de plus très rare de constater des ulcérations ou des croûtes. L'on observe, en même temps, d'autres signes du refroidissement : éternuement, toux, léger mouvement fébrile.

Le coryza de la rougeole s'accompagne de fièvre, de conjonctivite catarrhale, suivi bientôt de l'éruption.

Le coryza diphtérique est très rarement isolé ; on trouve des ganglions et surtout l'état général est mauvais, sans parler des signes locaux.

Dans ces trois variétés d'ailleurs, le coryza est très rarement bilatéral ; il a une durée bien moins longue, s'améliore au lieu de s'aggraver, à mesure qu'il vieillit, et s'accompagne enfin, dans un délai plus ou moins long, d'autres symptômes qui permettent d'éviter l'erreur. La cachexie est moins profonde et surtout moins rapide, mais ce qu'il importe de remarquer c'est que l'enfant respire plus facilement, tête encore ou fait des efforts, ne se décourage pas, ne repousse pas le sein avec la même mauvaise humeur que dans le coryza syphilitique, ou, en plus de la cachexie profonde due à l'infection générale de son être, il semble ne plus réagir et attendre, soucieux et souffrant, le moment de mourir.

Donc, toutes les fois que chez un nourrisson, on trouvera un coryza bilatéral, débutant insidieusement vers la fin de la deuxième ou dans le cours de la troisième ou quatrième semaine, évoluant sans tem-

pérature, offrant une marche chronique avec écoulement gluant, épais, irritant la lèvre supérieure et le pourtour des narines, au niveau desquelles on peut voir des ulcérations, des fissures, on devra tenir ce nouveau-né comme suspect de syphilis.

Tel est, un peu trop longue peut-être, l'histoire du coryza syphilitique, mais il nous a semblé nécessaire d'y insister, car c'est là un des accidents les moins rares de la syphilis congénitale. Il est peu de nouveau-nés syphilitiques qui ne le présentent à un certain degré. Symptôme le plus commun, il est aussi un des signes les plus précoces, aussi est-il et doit-il être d'un grand secours au médecin pour lui permettre d'établir rapidement son diagnostic et d'instituer plus rapidement encore le traitement qui seul pourra donner à l'enfant quelques chances de plus à la vie.

C. Pemphigus.

Manifestation bulleuse de la syphilis cutanée, le pemphigus se rencontre exclusivement chez le nouveau-né. C'est une éruption qui lui est propre, mais qui présente certains caractères qu'il est utile de bien connaître pour ne pas s'exposer à des erreurs.

Sous le nom de pemphigus. on avait décrit, autrefois, toute une série de lésions dont le caractère essentiel était la bulle, mais dont certaines n'avaient sûrement rien de syphilitique. Aussi avait-on créé un nombre considérable de classes de pemphigus.

Les discussions sur ce sujet ont été longues, les avis longtemps partagés et les dermatologistes étaient

loin d'être d'accord sur la valeur symptomatique qu'il convenait de donner à ce mot.

Dans ces dernières années, on est arrivé à faire un peu de clarté autour de cette question et, à l'heure actuelle, les conceptions des auteurs semblent plus claires et les caractères indiqués, pour les classes qui ont subsisté, permettent d'éviter la confusion.

Du Castel (1), en 1894, a bien établi la part qu'il fallait faire aux différents cas et il a montré qu'à côté du pemphigus syphilitique, il en existait d'autres, dont le plus important est sans contredit celui que l'on peut voir aussi chez le nouveau-né *sain*, nous voulons parler du pemphigus aigu simple.

Peu de temps après, Fraleu (2) étudiait plus complètement une partie de la question et mettait au point les deux pemphigus qu'on peut observer chez le nouveau-né. Aussi la question est-elle presque élucidée complètement à l'heure actuelle.

Le pemphigus est un signe d'une grande valeur ; il est sans contredit la manifestation la plus fréquente, le symptôme le mieux caractérisé de la syphilis infantile et celui qui permet le moins l'erreur, surtout à ceux qui sont peu expérimentés en dermatologie, pourvu que l'on ait eu l'occasion une seule fois d'en observer un cas type.

D'ailleurs, comme nous allons le voir, certains ca-

(1) Du Castel. *Union médicale*, 1894. Pemphigus et pemphigoïdes.

(2) Fraleu. Pemphigus, sa valeur diagnostique dans la syphilis des nouveaux-nés. *Thèse de Paris*, 1897.

ractères lui sont pour ainsi dire si personnels que, lorsqu'on les trouve, il n'est guère possible de porter un diagnostic autre que celui de syphilis.

Le pemphigus syphilitique, comme nous le disions plus haut, est l'apanage exclusif du nouveau-né. C'est un symptôme inconnu dans la syphilis acquise du nouveau-né et de l'adulte. C'est une lésion qui se montre peu de temps après la naissance, du sixième au dixième jour généralement, mais que l'on a vu apparaître six heures après la naissance et qui peut même survenir *in utero*, car nous même avons pu voir des morts-nés syphilitiques en être porteurs.

Mais on peut admettre, en règle générale, que c'est une affection qui éclot dans les premiers jours qui suivent la naissance, et au plus tard le quinzième jour.

Le siège de la lésion en indique en quelque sorte la nature. C'est en effet à la plante des pieds et à la paume des mains qu'il apparaît tout d'abord et le plus souvent en ces points seuls. C'est cette localisation toute spéciale qu'on peut regarder comme caractéristique.

Si l'affection ne présente que quelques rares bulles, ces bulles ne se montrent qu'en ces points et ce n'est que dans une éruption abondante qu'on pourra en trouver le long des jambes, des bras, à la partie supérieure des cuisses ou sur le tronc.

Sur cinquante ou soixante syphilitiques certains, que nous avons pu observer à la Clinique obstétricale, atteints de pemphigus, nous avouons ne l'avoir jamais observé ailleurs qu'en ses points d'élection, plante

des pieds surtout et paume des mains. Il est vrai que les soins de propreté excessifs et le traitement institué de suite et bien conduit ont certainement empêché l'aggravation et la généralisation de l'éruption.

Au début de l'affection on voit rarement des éléments érythémato-papuleux de forme circulaire ou en croissants, à contours polycycliques. Le plus généralement on trouve la forme suivante : c'est tout d'abord une tache rouge ou violacée, occupant la plante des pieds ou la paume des mains, dont la périphérie est le plus souvent limitée par un cercle plus foncé. Ces taches ne sont pas saillantes et à leur surface, l'épiderme est finement plissé et blanchâtre.

Au bout de deux ou trois jours, pendant lesquels la tache se fonce de plus en plus, on voit l'épiderme se soulever et constituer alors une véritable petite tumeur de la grosseur d'un pois ou même de dimensions un peu supérieures. Cette phlyctène contient un liquide transparent, mais qui devient rapidement purulent, verdâtre et dans certains cas sanguinolent : c'est là la bulle caractéristique du pemphigus syphilitique bulleux. Son développement est très rapide et vingt-quatre à quarante-huit heures suffisent à la lésion pour passer de la période initiale à la période d'état.

Dans l'intervalle des bulles la peau prend une coloration plus sombre, violacée « variant, comme le dit Fraleu, de la teinte hortensia au violet foncé ».

Suivant les soins apportés, la lésion subsiste pendant deux, trois ou quatre jours, puis le processus inflammatoire rétrocede et deux choses peuvent se produire

a) Ou bien la bulle s'affaisse et son contenu se résorbe ;

b) Ou bien la bulle crève et le liquide s'écoule.

Dans ce dernier cas, on voit alors à l'intérieur de la bulle un épiderme rouge ulcéré, ulcération entourée d'un cercle violacé reposant sur une peau souvent infiltrée.

Quant à la durée du pemphigus, elle est variable suivant certaines conditions : influence du traitement, des soins, etc. Il dure généralement dix, quinze, vingt, trente jours au plus et disparaît assez rapidement quand l'enfant est bien traité. On compte ordinairement sur une durée de une à trois semaines.

Mais, si l'enfant n'est pas traité, on voit survenir, outre la généralisation, des ulcérations plus profondes en forme de cratères qui intéressent toutes les couches de la peau.

En même temps, le pemphigus s'accompagne d'un état cachectique inquiétant qui trahit aussi une infection profonde de l'organisme, et la preuve en est donnée par la mort qui emporte si souvent le petit malade, avant que le processus cutané ait subi son entière évolution. C'est qu'avec l'apparition de la première bulle de pemphigus, il se produit concurremment des lésions des organes profonds, comme le montrent les autopsies ; mais ces lésions passent inaperçues, puisqu'elles échappent à nos moyens d'investigation clinique.

Nous sommes donc en présence d'une lésion qui, quand elle existe chez le nouveau-né, lèvera tous les doutes sur la cachexie de l'enfant et permettra d'éviter toute contamination.

Sans doute c'est un excellent signe, mais il existe d'autres pemphigus qui eux peuvent prêter à la confusion.

Nous laissons de côté le pemphigus lié à l'hystérie à une lésion de la moelle, à une méningite qui apparaît chez des adultes ou des adolescents et n'a rien de spécifique. Mais il en est un autre que l'on est appelé à rencontrer aussi chez le nouveau-né, *c'est le pemphigus aigu simple*, qui peut amener la confusion.

Ce pemphigus est contagieux, ordinairement épidémique, s'observant quelquefois à l'état sporadique.

Il se montre à toutes les périodes de la première enfance, mais aussi le deuxième ou le troisième jour après la naissance, et il peut alors fort bien prêter à l'erreur.

On l'a appelé pemphigus *épidémique*, ou *contagieux*, *cachectique*, résumant ainsi d'un mot son symptôme dominant.

Or, cette affection est toute différente comme début, marche, durée, évolution de la syphilide bulleuse. Son grand signe est sa contagiosité, et Colrat a étudié et publié le résultat de ses recherches sur une épidémie qui eut lieu à la Charité, en 1883. Non seulement il est épidémique, mais il peut être endémique, et on voit alors se produire de temps à autre des poussées de réapparition.

Pour plus de clarté et surtout, croyons-nous, pour mieux montrer les différences qui existent entre ces deux formes et pour permettre de les mieux différencier l'une de l'autre, nous allons schématiser et réunir côte à côte l'histoire de ces deux états morbides, sous forme de tableau synoptique.

Pemphigus syphilitique

Se montre à la naissance, le plus souvent du 6^e au 10^e jour.
Peut exister *in utero* et dès la naissance.

Pas de fièvre, isolé, non contagieux, cachexie rapide.

Presque exclusivement observé à la plante des pieds et à la paume des mains, exceptionnel de le trouver sur le reste du corps.

Au début, taches rouges forcées ou violacées, non saillantes avec plissement de l'épiderme. Quelquefois la bulle n'est précédée que d'une plaque érythémateuse violacée qui se couvre de vésicules au bout de 42 à 78 heures, généralement le développement se fait en 24 ou 48 heures.

Les bulles sont cerclées d'une zone rouge vif ou simplement violacée.

Le liquide est d'abord transparent, puis plus ou moins louche, quelquefois purulent, verdâtre et dans certains cas sanguinolent.

Le liquide peut se résorber ou la bulle se rompre. Dans ce dernier cas, il se forme des croutes successives qui tombent et laissent voir une érosion ou même des ulcérations assez profondes.

Demande 1 à 3 semaines pour disparaître; mais s'il est traité, sa durée ne dépasse pas 15 jours en moyenne. Ne se montre qu'une seule fois.

Efficacité du traitement } frictions mercurielles.
liqueur de Van Swieten.

Tels sont les signes qui éviteront les erreurs; on voit par ce tableau qu'ils sont assez nets pour permettre d'instituer un traitement précoce et approprié, car il ne faut pas perdre de vue que le pemphigus syphilitique est un signe avant-coureur, et souvent le seul, de la cachexie grave qui, sans le traitement, causera la mort de l'enfant, comme l'a dit Richard d'Aulnay (1). « Peu importe, en effet, l'étendue de sa
« lésion; si les vésicules existent, la mort ne tardera
« pas à survenir sous l'influence d'un empoisonne-
« ment général. En effet, l'enfant subit un affaiblis-
« sement progressif qui va jusqu'à la cachexie, et
« bientôt il refuse de prendre le sein, crie sans cesse,
« dépérit et meurt dans un laps de temps variable,
« mais qui rarement dépasse quelques semaines. »

Voilà donc, en résumé, un signe précieux qui pourra facilement, s'il est bien constaté, mettre sur la voie du diagnostic et sauver la vie à quelques enfants.

On voit donc par l'énumération des symptômes et par l'étude détaillée des trois principaux que l'on rencontre fréquemment chez l'enfant, que certains, *petits signes*, peuvent éveiller l'idée de la spécificité, alors que les derniers, *signes de certitude*, lèvent tous les doutes et que, si on les a bien observés, en évitant les erreurs possibles dans certaines conditions avec d'autres affections, on est en droit et on a le devoir tout d'abord, de prendre les mesures nécessaires.

(1) Richard d'Aulnay. *Journal des sages-femmes*, 1893.

1° Pour sauver la vie de l'enfant.

2° Pour empêcher toute contamination de se produire, ensuite de rechercher s'il n'existe pas d'autres signes permettant d'établir un diagnostic précoce et sûr.

Nous verrons dans le chapitre suivant, à propos du diagnostic qu'il faut ranger parmi les petits signes un symptôme très important, *quand il est bien constaté*, avec lequel on doit compter : *C'est la perte rapide et constante du poids de l'enfant, au delà des limites admises dans les conditions que nous énumérerons en leur lieu et place.*

En résumé, nous venons de voir qu'un grand nombre de lésions peuvent apparaître chez le nourrisson syphilitique : que quelques-unes réclament du médecin des connaissances particulières, alors que d'autres rendent toute erreur impossible et permettent au médecin d'agir rapidement, sans avoir l'arrière-pensée d'un doute.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir les sytômes primordiaux et cardinaux qui, existant chez le nouveau-né, ne peuvent permettre une erreur.

Mais s'ils n'existent pas, peut-on dire que l'enfant est ou non syphilitique? Hélas, il n'en est rien. Souvent il n'y a pas de signe; l'enfant n'offre aucune lésion.

D'autre part, il est prouvé actuellement que la mortalité par syphilis est de 68,5 pour 100 dans la première année. Or, Frùhinzholz (1), en poussant plus loin l'analyse des faits, est arrivé à cette conclusion que :

« 1° La mortalité de la syphilis héréditaire est sur-
« tout considérable dans les six premiers mois (mor-
« talité moyenne de 72 pour 100, alors que cette
« mortalité tombe à 57 pour 100 pour les six mois
« suivants).

« 2° Cette mortalité est la conséquence d'une noci-
« vité réelle plus grande de cette infection lorsqu'elle
« apparaît à une date précoce et non, comme on

(1) Frùhinzholz : Art. Syphilis infantile in *Traité d'hygiène et de pathologie du nouveau-né*, de H. de Rothschild, Paris, 1904, t. I.

« pourrait le croire, d'une réceptivité plus grande du
« poupon à cet âge. »

Il est donc de toute nécessité d'établir un diagnostic précoce pour instituer un traitement le plus rapidement possible et diminuer les chances de mort de l'enfant.

S'il existe des lésions chez le fœtus ou chez les parents, si ces derniers avouent, le diagnostic est simple.

Mais la question est de savoir : *si l'on peut, dès le début de la vie, reconnaître la syphilis, en dehors des accidents que nous venons d'énumérer et si, un des signes indiqués seul et bien constaté, ou si des conditions particulières de la nutrition peuvent conduire au diagnostic exact.*

Souvent, en effet, l'enfant a un poids normal, il a l'air de jouir d'une bonne santé et rien ne permet de prévoir des accidents ultérieurs.

Au début de cette étude, nous avons vu l'époque d'apparition des symptômes, nous ajouterons seulement ceci : c'est qu'en pratique il faut savoir que la syphilis peut apparaître surtout pendant les trois premiers mois de la vie. Si on laisse écouler ce laps de temps avant de se prononcer, on peut être certain d'avoir évité un nombre considérable d'erreurs, puisque dans le premier mois seul, cette maladie se déclare dans 60 pour 100 des cas.

Mais malheureusement, à l'heure actuelle, le médecin n'a pas cette latitude. Le service des Enfants assistés veut savoir au plus tard le neuvième jour. En clientèle, les parents, plus exigeants encore,

veulent, dès le lendemain de la naissance, confier l'enfant à une nourrice. Si le médecin y consent et si l'enfant est syphilitique, ce dernier va contaminer la nourrice, qui attaquera les parents, lesquels alors rendront le médecin responsable de ce qui leur arrive.

C'est donc sur ce point qu'il y a lieu d'insister surtout : *L'enfant n'offre aucune lésion apparente. Comment peut-on dévoiler la syphilis? Y a-t-il des signes précis permettant d'arriver à ce résultat?*

Il y en a, ou tout au moins l'on en a donné, et ce sont eux que nous allons étudier, afin de voir s'il en est un en qui l'on puisse avoir toute confiance.

A. A part les *commémoratifs* qu'on ne doit jamais négliger, on a donné comme signes pathognomoniques les suivants, chacun ayant une valeur propre et indéniable.

B. *Aspect de petit vieux.*

C. *Poids moindre des enfants.*

D. *Importance de la courbe d'alimentation.*

E. *Rapport du poids du fœtus à celui du placenta.*

Leur abondance indique déjà ou fait pressentir leur peu de valeur, aussi allons-nous les étudier de très près.

A. **Commémoratifs.**

Si le père ou la mère ou tous les deux sont syphilitiques, il n'est pas certain que l'enfant soit syphilitique (question du traitement, du temps, de l'époque de la contamination, etc.). Mais ce qu'il faut savoir et ce qui simplifie surtout la question pour le médecin, c'est que : *tout enfant né d'un père ou d'une*

mère syphilitique doit être considéré comme suspect et, sous aucun prétexte (ancienneté de l'infection surtout) ne doit être confié à une nourrice.

Or, dans la clientèle riche, le père, fort de son argent, redoutant pour la vie de son rejeton, se souciant fort peu de la nourrice, ne veut rien dire, la femme ne sait rien et d'ailleurs, comme le dit M. le professeur Gailleton : « Plus la famille est riche et honnête, plus vous avez de chances de vous tromper. »

Mais les parents peuvent ne rien savoir. Que faire dans ces deux cas ?

Examiner le père; sans doute, mais que de fois dans les hôpitaux ou dans les crèches trouve-t-on des enfants venus on ne sait d'où.

Il est difficile, d'autre part, d'examiner la mère après son accouchement. La fatigue, la faiblesse où elle se trouve, l'écoulement des lochies sont autant d'empêchement et, de plus, cela serait-il possible, que le plus souvent on ne trouverait rien. On sait en effet, aujourd'hui, avec quelle facilité le chancre passe inaperçu chez la femme. D'ailleurs l'enfant peut être aux assistés, et alors père et mère inconnus.

Quelques signes chez les parents, quand on les a sous la main et cela surtout chez la mère, pourraient, en l'absence de lésions, non pas faire découvrir la syphilis, mais éveiller les soupçons et laisser subsister un doute qui, pour éviter tout danger, fera placer l'enfant au biberon.

M. le docteur Fabre a l'habitude, à la Clinique obstétricale, outre les renseignements fournis par les accouchements antérieurs, de demander aux femmes

si elles n'ont jamais perdu beaucoup de cheveux et si à cette époque elles n'ont pas eu de maux de gorge, de boutons entre deux peaux (roséole) et si on ne leur a pas donné de l'eau salée à boire (iodure de potassium).

Certes, ce ne sont pas là des signes de certitude absolue, mais leur affirmation doit rendre le médecin soupçonneux, lui faire rechercher d'autres lésions chez la mère et chez l'enfant, conseiller surtout vivement l'allaitement maternel ou, dans le cas contraire, mettre l'enfant en surveillance quelque temps et si cela ne peut se faire, comme dans les hôpitaux, être impitoyable et lui refuser une nourrice.

Nous voyons donc qu'il y a peu de choses à tirer des commémoratifs surtout quand les parents ne veulent rien dire ou ne savent rien.

B. Aspect de petit vieux.

Autrefois les anciens auteurs disaient que l'enfant syphilitique en venant au monde ressemblait à un petit vieux. « La peau est si flasque, dans certains cas, « écrivaient-ils, qu'on dirait qu'elle a été bouillie; ce « petit singe suffit d'être regardé pour faire le diagnostic de syphilis. »

Actuellement, tout le monde est d'accord pour admettre que cette description n'est pas un signe caractéristique. Diday, Rollet, Bertin et surtout Casati (1) auteur italien traduit par Daniel Mollière, ont montré

(1) Casati. Etudes et observations sur la syphilis infantile et sur les enfants à la mamelle. (Traduction de Daniel Mollière), 1874.

que cet aspect n'indiquait rien. Ce dernier auteur dès 1874 dit qu'il n'en est rien et ajoute : « Il m'est arrivé cependant bien souvent de voir de beaux enfants venir au monde en pleine santé, malgré la syphilis de leurs parents, et quiconque a assisté à un certain nombre de naissances fera sans doute la même remarque. Bien plus, il m'est arrivé souvent aussi de voir naître des fœtus macérés de mères infectées, mais ils étaient en tout semblables aux produits macérés que l'on voit expulser par des femmes saines et provenant de pères également indemnes. »

D'ailleurs cet aspect de petit vieux, de cachectique peut relever d'autres maladies : Toutes celles qui altèrent la santé, la constitution de la mère. L'enfant est sous le coup d'un trouble de la nutrition, mais son état n'indique pas de quel trouble il s'agit. Et cela, si vrai pour tous à l'heure actuelle, avait déjà été senti par Ricord cité plus tard par Diday (1) « en considérant la nature particulière de la coloration de la peau, la période peu avancée de la maladie où elle s'observe, la délabération dont elle s'accompagne, la promptitude avec laquelle elle disparaît ainsi que ses complications sous la seule influence de la médication antisypilitique, cet état, tellement distinct des manifestations sypilitiques proprement dites, ne dépendrait-il pas de la chloro-anémie, dont Ricord a signalé l'existence, comme coïncidence de la première poussée secondaire. »

(1) Diday. Syphilis du nouveau-né, Paris, 1854.

Il est établi, en effet, actuellement que certaines causes liées à la vie de la mère (mauvaise hygiène, mauvaise alimentation, misère physiologique, travaux pénibles, etc.) ou dépendant d'une affection morbide comme l'albuminurie, peuvent produire des souffrances du fœtus pendant son séjour dans l'utérus et lui donner cet aspect que les anciens auteurs considéraient comme si caractéristique de la vérole.

Plus tard, ayant délaissé la description de cet aspect ratatiné, les auteurs tenaient pour grand signe la coloration de la face qu'ils croyaient spéciale au syphilitique et Trousseau (1) en a fait une description qui est citée par tous les auteurs : « Le visage, dit-il, « est d'un ton bistré spécial ; il semblerait qu'on a « passé sur les traits une légère couche de marc de « café ou de suie délayée dans une ample quantité « d'eau. Ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le « jaune paille des autres cachexies ; cette teinte beau- « coup moins foncée, mais presque du même ton que « le masque des accouchées ne s'étend pas ou s'étend « à peine au reste du corps. Je ne sache pas une autre « maladie de l'enfance où on la retrouve et quand elle « est bien marquée, elle vaut les meilleurs symptômes. »

De cette opinion, comme de la précédente, la clinique a fait justice et aujourd'hui ce signe n'est plus cité que pour mémoire.

Ce qu'il faut bien savoir et cela sans qu'il soit possible d'en donner, à l'heure actuelle, une explication

(1) Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, volume III, p. 301.

quelconque, c'est que l'on est frappé, dans bien des cas, de la bonne apparence de l'état général de ces petits syphilitiques, qui parfois ne tarderont pas à offrir des lésions spécifiques. La conclusion de cette partie a été bien précisée par Fröhinzholtz (1) : « Tout
« le monde en définitive, dit-il, connaît l'aspect éma-
« cié et décrépît du jeune hérédosyphilitique; *sans*
« doute on sait moins qu'il affecte parfois les de-
« hors les plus florissants. »

C. Poids moindre des enfants syphilitiques.

Ce signe a servi aussi de moyen de diagnose. Chaque fois que l'on se trouve en présence d'un enfant faible, de poids moindre que la normale, on doit songer à la syphilis. Or, aujourd'hui, personne ne songe même à ce signe.

Nous avons recherché dans les observations de M. le professeur Fochier, recueillies depuis 1889 et nous sommes arrivés à la conclusion suivante : *C'est que l'on trouve des uns et des autres.* Les uns pèsent plus que le poids normal, les autres moins et cependant tous ont présenté à un moment donné des lésions syphilitiques.

Or, ici encore, les mêmes causes que nous avons signalées plus haut, comme productrices de l'aspect ratatiné, interviennent et on sait bien aujourd'hui que toute affection qui entrave la nutrition du fœtus, retentit sur sa constitution et arrête ou tout au moins retarde son développement intra-utérin.

(1) Fröhinzholtz, *loc. cit.*

D. Courbe d'alimentation.

L'importance diagnostique de la courbe d'accroissement de l'enfant est un fait d'expérience relativement récent, sur lequel M. le professeur Fournier a attiré l'attention en 1895. Il a fait établir, dans la thèse d'un de ses élèves, Pouzol (1), le fait suivant :

« 1° On voit souvent des enfants nés de parents syphilitiques, à terme, d'un poids normal, paraissant bien constitués, qui, sans manifestations apparentes, dans les premiers jours qui suivent la naissance, perdent rapidement une quantité considérable de leur poids, déperdition qui entraîne vite la mort.

« 2° Cette déperdition de poids, présentant un graphique spécial, lorsqu'elle n'est pas expliquée par l'examen attentif des divers appareils, *doit être considérée comme une forme latente d'hérédosyphilis.*

« Cette courbe est caractérisée par une ligne descendante rapide, longue et presque verticale, les enfants perdant en moyenne 350 à 400 grammes en quatre jours. Elle est souvent *le seul symptôme d'hérédosyphilis.*

« 4° Cette déperdition de poids n'est pas accompagnée de troubles digestifs (diarrhée, vomissements) et se produit malgré l'ingestion et la parfaite assimilation d'une quantité de lait toujours suffisante, parfois supérieure à la moyenne.»

(1) Pouzol. De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire. Syphilis héréditaire. *Thèse Paris*, 1894-95.

En fait, en effet, la syphilis ne se manifeste pas toujours par des lésions objectives. Parfois elle n'est pas si franche, elle se cache si bien que l'examen le plus minutieux ne peut la révéler, et c'est ainsi que, sans prévenir, sans bruit, elle tue un enfant qui paraissait fort et bien constitué.

Mais c'est que, comme l'a montré M. le professeur Fournier, la syphilis ne fait pas que de la syphilis, elle agit aussi bien par la perturbation profonde qu'elle importe dans l'organisme, elle peut aussi créer des troubles d'un autre ordre, non spécifiques de nature, mais d'origine, *troubles para-syphilitiques* comme il les appelle, qui, en modifiant profondément l'économie, peuvent amener des troubles sérieux de la santé. Ce sont ces manifestations graves, véritable cachexie fœtale, qui entraînent la mort de l'enfant.

Normalement un enfant perd de son poids les trois ou quatre premiers jours qui suivent la naissance. Cette déperdition est due surtout à l'expulsion du méconium et de l'urine, à l'exhalation pulmonaire, à la perspiration cutanée. Variable, elle est en moyenne, pendant cette période, de 100, 150 grammes et même 200 grammes dans certains cas. Puis au quatrième jour, la sécrétion lactée est établie complètement et l'enfant commence à augmenter journellement.

Si l'enfant est syphilitique, les choses ont une toute autre allure. Les deux ou trois premiers jours, il perd bien de son poids, mais plus que normalement et ce qui frappe surtout, c'est qu'au lieu de reprendre du poids le quatrième ou cinquième jour, il diminue encore et comme on le dit, plus il perd, plus il conti-

nue à perdre. Ce qui fait donc la caractéristique de la courbe c'est qu'elle est presque verticale et descendante, c'est que la perte de poids est régulière, ininterrompue, de sorte qu'en huit à dix jours l'enfant a perdu de 300 à 400 grammes de son poids primitif. On conçoit facilement que si cette déperdition, pour ainsi dire foudroyante, ne s'arrête pas, les enfants meurent très rapidement.

Cependant, il est un point utile à connaître, bien mis en lumière par Pouzol, et que tous ceux qui ont suivi de près l'évolution du nourrisson dans les premiers jours de la vie, ont constaté, c'est que chez certains petits syphilitiques, la courbe n'offre pas cet aspect. L'enfant, en effet, ne présente rien d'anormal pendant huit ou dix jours, sauf peut être que son poids reste stationnaire ou à peu près. Puis vers le dixième jour, il commence à perdre et perd encore plus les jours suivants, de telle sorte que la courbe devient verticale et descendante à ce moment, offrant un aspect analogue à celui qu'on observe quand la diminution se produit dans les premiers jours qui suivent la naissance — Mais ajoutons que c'est là l'exception et que le premier type de courbe est celui que l'on rencontre le plus fréquemment.

Par suite, on voit donc que cette loi ne saurait servir de critérium, malgré sa grande valeur, dans les trois ou quatre jours qui suivent la naissance pour le diagnostic de la syphilis, car la perte de poids peut ne se manifester qu'à partir du dixième jour.

Mais ce qu'il faut retenir c'est *qu'elle est très utile, excellente même*, quand on peut surveiller les enfants

quinze à vingt jours, que de plus elle doit éveiller le doute et permettre de prendre toutes les mesures nécessaires quand on constate chez le nouveau-né, dans les huit jours qui suivent la naissance, une perte brusque et constante du poids.

Il est bien entendu que, pour se rendre compte de la valeur de cette courbe, il ne faut la considérer que lorsque le traitement n'a pas été institué.

Si nous avons là un signe excellent, il demande par contre, pour acquérir toute sa valeur, une constatation exempte de toute erreur. Or là apparaît la difficulté. Pouzol l'a bien vu puisque le titre de sa thèse indique que ce n'est pas une loi absolue : de l'importance de la courbe d'alimentation dans *certaines cas d'hérédosyphilis*. En effet, en médecine, il n'y a rien d'absolu. Mais que de causes peuvent retenir sur l'alimentation et la santé du nouveau-né. Aussi y a-t-il lieu, croyons-nous, de prévenir le médecin de certaines causes d'erreurs.

Ces causes reconnaissent deux origines :

1° *L'une maternelle.*

2° *L'autre fœtale.*

1° Causes d'erreurs possibles d'origine maternelle.

Chez la primipare, la sécrétion lactée est parfois lente à s'établir, le mamelon est mal conformé : il est ombiliqué et l'enfant ne peut le saisir. Même, en dehors de cette malformation, les bouts de sein peuvent ne pas être formés et l'enfant a de la difficulté à opérer la succion.

Mais ce dont le médecin doit surtout s'occuper, c'est la façon dont la mère alimente le nourrisson. En effet, la primipare est souvent malhabile; elle donne mal le sein et l'enfant dépérit. Si l'on vient à peser une tétée, on est tout surpris de la faible quantité de lait qu'a extraite l'enfant. Il est donc de toute nécessité de bien surveiller les premières tétées et de les peser toutes pendant quelques jours, afin de bien s'assurer si l'enfant prend suffisamment.

Ces inconvénients et ce manque d'expérience ne se rencontrent pas chez la multipare.

Mais chez l'une et chez l'autre, ce que l'on rencontre fréquemment, surtout à l'hôpital, quand elles ne veulent pas garder leur enfant, c'est la mauvaise volonté qu'elles mettent à l'allaiter.

Elles s'y refusent soit parce qu'on leur a dit que si elles commençaient à nourrir, on ne pourrait plus faire passer leur lait, soit parce qu'elles croient avoir des abcès au moment où l'on fera disparaître la sécrétion lactée. Alors tous les raisonnements ne peuvent les convaincre, elles font téter irrégulièrement leur enfant, ne leur donnent que quelques minutes le sein, de façon à faire croire au médecin qu'elles n'ont pas de lait, qu'elles ne peuvent nourrir, et qu'il faut leur retirer tout à fait leur enfant.

Une autre cause d'erreur vient du manque de lait ou de sa composition. Si la mère a un lait très peu abondant ou très pauvre en matières grasses, l'enfant aura beau téter convenablement, il n'augmentera pas de poids, mais cependant ne présentera pas une perte de poids aussi rapide que dans la syphilis.

Enfin il peut y avoir chez la mère une maladie intercurrente qui rende l'allaitement défectueux.

2° Causes d'erreurs possibles d'origine fœtale.

La première et la plus importante est due à la faiblesse de l'enfant. « *Il ne peut tirer* » comme disent les nourrices, aussi la dénutrition est-elle rapide. Les malformations de la langue ou des lèvres ont la même conséquence (filet trop long, bec-de-lièvre, etc.), comme d'ailleurs tous les troubles digestifs.

Le médecin doit donc examiner attentivement le nouveau-né, avant de déclarer que rien n'explique la perte rapide et constante du poids. Quand il s'est bien assuré qu'il ne peut s'agir que d'une cachexie, il doit surtout songer à la syphilis et malgré l'absence de tout autre signe, commencer le traitement.

Aussi, nous pensons qu'il est très utile de joindre les indications fournies par cette courbe à la symptomatologie de la syphilis et nous l'ajouterons *aux petits signes* sous le nom de *courbe d'accroissement*. Mais, pour qu'elle ait de la valeur, il faudra qu'on constate cette dénutrition après avoir éliminé toutes les causes d'erreurs signalées ci-dessus.

Si l'on se trouve en présence d'un enfant venu au monde bien portant, si la mère est indemne de lésions apparentes ou avouées, si l'enfant tète bien, si la mère a du lait et si non seulement le nouveau-né n'augmente pas de poids, mais perd encore et cela au-delà des limites normales, on doit penser à un trouble

de la nutrition et surtout à la syphilis. Si enfin à cette constatation, se joint la mise en évidence de quelque autre *petit signe*, il n'y a plus qu'à traiter rapidement l'enfant comme nous l'indiquerons plus loin dans le chapitre consacré à cette question, car le traitement, s'il ne fait pas de bien, ne fera jamais de mal à l'enfant.

Bien plus, à ce propos, oserions-nous même ajouter que le traitement mercuriel, auquel on joindra l'usage de la couveuse, deviendra peut-être un jour le traitement de choix de tous les débiles, comme on l'emploie d'ailleurs couramment aujourd'hui pour la guérison de la phlébite. Lucas-Championnière (1) ne considérerait-il pas en 1896, l'onguent napolitain comme le meilleur médicament à employer dans le rhumatisme et l'arthrite blennorragique.

Mais les expériences, entreprises par M. le docteur Fabre, sont encore trop peu nombreuses à l'heure actuelle pour nous permettre de nous étendre plus longuement sur cette question. Nous voulions simplement la signaler.

En résumé : la courbe d'accroissement est un signe de haute valeur, quand il est bien constaté. Malheureusement, il réclame au moins 12 à 15 jours de contrôle et par suite ne peut servir à établir le diagnostic d'aussi bonne heure que le réclame le service des Enfants assistés.

(1) Lucas-Championnière. — Rhumatisme blennorragique, *Presse médicale*, 1896, septembre, p. 493.

E. Rapport du poids du fœtus au poids du placenta.

M. le professeur Pinard, il y a déjà quelques années, a beaucoup insisté sur l'augmentation considérable du poids du placenta chez les enfants syphilitiques.

Aussi, cette idée, fort souriante à tous les médecins, puisqu'elle leur donnait un moyen infaillible et sûr de dépister la syphilis fœtale à la naissance, en l'absence de toute lésion objective, fit rapidement du chemin et aujourd'hui nous pouvons dire que cette loi, depuis la thèse de Correa Diaz (1), fait autorité en la matière et est universellement admise par tous les médecins, *sauf cependant, il faut bien l'avouer, par l'école de Vienne*. Aussi a-t-on coutume de la regarder comme un criterium pathognomonique de la syphilis.

Diaz, en effet, sur les indications de M. Pinard, a recherché des observations et « sur 34 accouchements, « dit-il, d'enfants sûrement syphilitiques venus à « terme, on constate que le poids moyen du fœtus est « de 2.919 grammes et le poids moyen du placenta « est de 681 grammes. Donc le poids du placenta sy-
« philitique représente $\frac{1}{4}$ du poids d'un fœtus sy-
« philitique à terme. »

Or, on a prouvé abondamment et cela est aujourd'hui de connaissance courante, que le rapport nor-

(1) Correa Diaz. — *Th. Paris*, 1891.

mal, c'est-à-dire celui que l'on observe toujours quand l'enfant est exempt de tares héréditaires, est de $1/6$. Et Diaz ajoute que cette augmentation proportionnelle du poids du placenta s'observe non seulement lorsque les fœtus naissent vivants, et ne présentent qu'ultérieurement des accidents spécifiques, mais aussi chez ceux qui succombeut *in utero*.

Cette loi, si simple pour la pratique courante, eut un grand retentissement et fut confirmée par un grand nombre d'auteurs. Ribemont (1) écrit : « Cette hypertrophie placentaire de la syphilis conceptionnelle est si importante que, dans un certain nombre de cas, Pinard a pu reconnaître la syphilis chez le père ou la mère du fœtus, alors qu'elle était passée inaperçue ou plutôt alors qu'en l'absence de lésions actuelles, on n'avait pas diagnostiqué la syphilis ancienne. »

Schwab (2) a fait plus tard les mêmes constatations : « A l'œil nu, dit-il, le placenta syphilitique est reconnaissable par l'hypertrophie souvent considérable qu'il présente. Tandis que le placenta normal représente $1/6$ environ du poids du fœtus, le placenta syphilitique représente comme poids le $1/4$ du poids d'un fœtus syphilitique à terme et $1/3,5$ du poids d'un fœtus âgé de 7 à 8 mois $1/2$. »

Enfin, Bridier (3), dans sa thèse, insiste encore sur ce point et il nous apprend que cette conception,

(1) Ribemont. — *Obstétrique*.

(2) Schwab. — *Syphilis; placenta. Th. Paris, 1896.*

(3) Bridier. — *Rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans la syphilis. Th. Paris, 1893*

admise par tous les accoucheurs, l'est aussi par des gens très compétents en syphiligraphie « puisque, « dit-il, M. Wallich, dans une conférence faite dans « le service de M. le professeur Fournier, en 1893, « expose que l'enfant naît à terme, le plus souvent « grâce au traitement de la mère ou en dehors de « tout traitement ; le fœtus est bien développé ; c'est « un bel enfant, rien ne permet de prévoir qu'il va « succomber peut-être subitement, sans raisons anatomiques connues, dès les premiers jours qui suivront sa naissance ; au 15^e jour, trois semaines au plus tard, cet enfant va montrer des accidents secondaires, va cesser d'augmenter, va diminuer, maigrir, se rider, prendre alors cet aspect de petit vieux. Mais il ne présente pas cet aspect à la naissance ; la *disproportion entre le poids du fœtus et celui du placenta* tient à l'augmentation de cet organe et non à la diminution du fœtus et le nouveau-né syphilitique paraît tirer beaucoup plus de son propre empoisonnement que des lésions de son placenta, ce qui a été si bien nommé, *son inaptitude à la vie.* »

Et alors, comme le dit Blanchet (1), quand un enfant vient au monde, « après son expulsion, vous attendez les 20 ou 30 minutes classiques ; après quoi, vous effectuez la délivrance et vous amenez au dehors une masse placentaire tellement caractéristique, qu'elle seule suffirait à vous faire poser votre diagnostic. Car, le placenta syphilitique est

(1) Blanchet. — Syphilis du nouveau-né. *Th. Paris*, 1902.

« volumineux, gros, œdématisé, offrant des cotylédons séparés par des sillons profonds. Enfin, si on le met sur le plateau d'une balance et que l'on compare le poids trouvé avec celui de l'enfant, *on verra constamment que le rapport est de 1/4.* »

Ainsi donc, nous voilà en présence d'un signe facile à constater, décelant dans tous les cas la syphilis conceptionnelle, susceptible d'aucune erreur, puisqu'il n'y a qu'à bien peser, pour assurer que tel ou tel enfant, sans attacher autrement d'importance au dire de la mère, est ou non sous le coup d'une tare héréditaire, qui est la syphilis, et cela toutes les fois que le rapport du poids du placenta au poids du fœtus est de 1/4.

Aussi, cette loi, si facile à appliquer, est-elle pour tous les médecins, à l'heure actuelle, en l'absence de lésions objectives et surtout dès le début de la vie, le meilleur signe qui permette de déceler la syphilis. Et alors, suivant que le rapport est normal ou plus fort, le chef de service signe un certificat bon pour une nourrice ou bon pour le biberon.

Et, en effet, si l'on examine attentivement les observations de Diaz, Bridier, on ne trouve aucun cas en contradiction avec la règle de M. le professeur Pinard et il semblerait que, dans la pratique, le rapport soit toujours plus fort dans la syphilis.

Malheureusement il n'y a pas, comme le dit M. le professeur Gailleton, d'axiome absolument vrai en médecine, *et nous osons déclarer qu'à l'heure actuelle, nous ne pouvons plus reconnaître à la loi de*

M. Pinard tout le crédit que les praticiens lui ont accordé jusqu'à ce jour.

La raison de ce revirement est due au hasard. Étant à la Maternité de l'Hôtel-Dieu en 1902, un fait d'observation vint éveiller nos doutes à l'égard de cette loi dans laquelle nous avions la plus grande confiance.

Une syphilitique certaine vient accoucher et chose surprenante, *l'enfant est volumineux et le placenta petit.*

Ce fait brutal nous laissa rêveur et nous eûmes l'occasion dans la suite de rencontrer d'autres exemples. Nous avons fait alors de longues recherches facilitées beaucoup par les consultations de nourrissons.

Nous avions là, en effet, des femmes ayant accouché dans le service, revenant avec leur enfant et il était possible de les suivre six à huit mois. Et ce qui confirma notre manière de voir, ce fut une série d'observations d'enfants avec placentas lourds, jamais traités spécifiquement pas plus que les mères d'ailleurs et qui, suivis longtemps, ne présentèrent jamais d'accidents spécifiques.

Nous abandonnons alors la question quelque temps pour la reprendre en octobre 1903. Au lendemain de la mort de notre maître, M. le professeur Fochier, nous demandons à M. le docteur Fabre qui prenait la direction de la Clinique obstétricale, de faciliter nos recherches en nous permettant de compulser les feuilles d'observations laissées par M. le professeur Fochier, auxquelles il attachait, avec juste raison,

tant d'importance et que pendant treize années, il a fait recueillir avec le plus grand soin.

Après avoir minutieusement observé les faits trouvés, notre conviction fut plus ferme que jamais et c'est alors que nous nous sommes adressés à M. le professeur Gailleton, pour lui faire part de nos recherches.

Tout en examinant nos résultats, M. Gailleton nous apprit que le hasard l'avait conduit aussi aux mêmes conclusions ; c'était à la suite d'une enquête dont l'avait chargé M. le Préfet du Rhône au printemps 1903. Il s'agissait de la contamination de vingt-quatre nourrices, contamination dont chacune coûte 3 à 5,000 francs et l'Administration, peu contente, avait confié à M. Gailleton le soin d'établir les responsabilités et de rechercher si les chefs de service ne signaient pas les certificats trop facilement.

M. le professeur Gailleton nous fit alors rechercher avec plus de soin encore d'autres observations en contradiction avec la loi de M. Pinard, afin de faire sa belle leçon du 20 novembre 1903, dont communication a été faite le 22 février 1904 à la Société des Sciences médicales de Lyon et qui a été le point de départ de ce travail.

Aussi, à l'heure actuelle, avec M. le professeur Gailleton, nous affirmons *que la loi de M. Pinard n'est pas applicable à tous les cas* et qu'alors elle perd de cette belle assurance, cause de tant de victimes et d'erreurs, car elle a permis la propagation d'un mal redoutable en maintes circonstances, et elle est cause que des enfants sains sont morts allaités artificiellement.

Mais il ne suffit pas d'affirmer, il faut prouver et c'est ce que nous allons essayer de faire.

Pour réfuter cette assertion de M. Pinard, il y a nous semble-t-il deux points à établir.

I. *Toutes les fois que le rapport du poids de l'enfant au poids du placenta est égal à $1/4$ ou même à $1/5$ l'enfant est-il sûrement syphilitique ?*

II. *Quand le rapport est normal c'est-à-dire égal à $1/6$ ou même inférieur, l'enfant est-il sûrement indemne de syphilis ?*

1° Quand le rapport est de $1/3$ ou de $1/4$, l'enfant est-il sûrement syphilitique ?

De suite nous répondrons NON et pour confirmer notre dire nous allons résumer en un tableau les résultats recueillis pendant les deux années où nous avons suivi très assidûment les consultations de nourrissons. Il s'agit là d'enfants ramenés presque chaque semaine et examinés chaque fois avec le plus grand soin.

Nota. — Tous nos tableaux ont été établis de la manière suivante :

1° Numéro des observations.

2° Poids de l'enfant à la naissance et du placenta.

3° Poids que devrait peser le placenta, pour être normal, par rapport au poids de l'enfant. Pour obtenir ce chiffre, on divise le poids de l'enfant par 6, puisque le rapport normal entre ces 2 nombres doit être égal à $1/6$.

4° Différence entre le poids obtenu par le calcul et le poids du placenta de l'enfant +, =, ou —.

Enfants avec placentas lourds, sans accidents spécifiques consécutifs.

Numéro des observations	Poids de l'enfant à la naissance en grammes	Poids du placenta en grammes	Poids du placenta d'après le poids de l'enfant en grammes	Différence de poids avec celui de l'enfant en grammes	Durée de la surveillance
1	4000	700	666	+ 34	3 mois
2	2800	500	466	+ 34	8 —
3	2790	500	465	+ 35	3 —
4	3350	600	560	+ 40	1 — 1/2
5	2450	450	410	+ 40	5 —
6	3350	600	558	+ 42	4 —
7	3470	620	578	+ 42	1 —
8	2740	500	456	+ 44	3 —
9	2700	500	450	+ 50	5 —
10	2720	510	453	+ 57	9 —
11	2150	500	440	+ 60	1 — 1/2
12	3200	600	533	+ 67	7 —
13	3900	720	650	+ 70	11 —
14	2700	520	450	+ 70	4 —
15	3170	600	530	+ 70	6 —
16	3350	640	558	+ 82	6 —
17	3080	600	513	+ 87	9 —
18	4900	900	811	+ 89	9 —
19	3100	600	511	+ 89	5 —
20	2700	540	450	+ 90	1 —
21	3920	750	653	+ 97	2 —
22	2420	500	403	+ 97	2 —
23	3300	650	550	+ 100	4 —
24	3000	600	500	+ 100	11 —
25	2400	500	400	+ 100	2 —
26	2500	520	411	+ 109	2 —
27	2660	550	440	+ 110	1 — 1/2
28	3250	650	540	+ 110	3 —
29	3350	670	560	+ 110	7 —
30	2810	580	468	+ 112	2 —
31	2900	600	483	+ 117	7 —
32	3200	650	533	+ 117	11 —
33	3210	670	535	+ 135	3 —
34	3750	760	625	+ 135	5 —
35	2100	500	350	+ 150	1 —
36	2000	500	333	+ 167	6 —
	accouchement provoqué 1 mois avant terme				
37	2270	550	380	+ 170	1 — 1/2
38	2840	650	473	+ 177	5 —

Dans tous ces cas, comme on le voit, le rapport du poids du fœtus à celui du placenta était de plus du 1/6 et cependant ces enfants, sûrement syphilitiques, d'après la loi de M. Pinard, n'ont jamais été soumis au traitement spécifique, et n'ont jamais présenté de lésions syphilitiques. Or ces enfants ramenés tous les 8 ou 15 jours à la consultation, toujours examinés très attentivement, ne peuvent avoir présenté de lésions qui aient passées inaperçues.

Mais une objection peut être faite. On nous dira que la mère n'était pas syphilitique, que le père seul l'était, que l'enfant avait la vérole de son père, que suivant la loi de Colles, un enfant n'infecte jamais sa mère et que par conséquent il était bien certain que nous ne devions voir aucun accident et chez la mère et chez l'enfant. Volontiers, mais on nous accordera bien que les cas de ce genre sont assez rares, que généralement la femme est contaminée, et qu'il serait bien invraisemblable que nous soyons tombés sur une série aussi heureuse. D'autre part, ce qui fait tomber cette objection d'elle-même, c'est le milieu spécial où nous nous trouvions. Il s'agissait exclusivement de femmes mariées et presque toutes multipares. Par conséquent, ces femmes n'ayant pas eu de fausses couches, n'ayant jamais été soignées pour la syphilis, il est fort probable que le père était indemne lui aussi de toute tare. Ou alors il faudrait admettre que ces femmes avaient trompé leur mari que, de plus, tous leurs amants avaient la vérole et que dans tous les cas l'enfant a été contaminé seul, la mère échappant à l'infection.

C'est là une chose impossible à admettre, aussi nous ne voulons pas insister davantage.

Mais ce que nous assurons, c'est que les mères et les enfants, jamais traités spécifiquement, n'ont rien présenté et que le rapport entre le poids de l'enfant et celui du placenta était de beaucoup supérieur à 1/6.

On voit donc par ces faits combien le médecin eut été coupable de faire allaiter ces enfants au biberon en leur refusant, vu ce rapport, un certificat de bonne santé. Et que de médecins cependant à l'heure actuelle agissent ainsi !

Ainsi pouvons-nous dire que lorsque le rapport est de 1/5 et même de 1/4 l'enfant n'est pas toujours sûrement syphilitique.

2° Mais alors, quand le rapport est égal à 1/6 ou inférieur, l'enfant est-il sûrement indemne de syphilis ?

Non, et ce sont justement des cas de ce genre qui ont attiré notre attention, au début de nos recherches.

Avant toute discussion, citons une observation typique dont le diagnostic a été établi par M. le professeur Gailleton. Nous avons fait des coupes histologiques du placenta au laboratoire de la Clinique obstétricale et M. le docteur Fabre a bien voulu appuyer de sa grande autorité en pareille matière (1) nos recherches et nous aider à découvrir les lésions.

(1) Fabre. — *Atlas d'histologie normale et pathologique de la grossesse*. Paris.

Il s'agit d'une tertipare, âgée de 22 ans. Sa première grossesse est interrompue à 7 mois. L'enfant est macéré.

Elle accouche une deuxième fois à la Charité le 12 octobre 1902. A ce moment on note des plaques muqueuses à la vulve et on donne de l'iodure à la mère. L'enfant présente du pemphigus pendant son séjour à l'hôpital. Il meurt peu de temps après sa sortie. Son poids était de 2130 grammes, le placenta pesait 430 grammes.

Le rapport normal qui existe entre le poids de l'enfant et celui du placenta a été évalué à $1/6$. Si l'on établit ce rapport avec le poids de l'enfant dans le cas présent, on voit que le placenta pèse 75 grammes de plus qu'il ne devrait peser.

En effet, si nous prenons le $1/6$ du poids de l'enfant, c'est-à-dire si nous divisons ce poids par 6, nous trouvons 355 grammes pour le poids du placenta. Donc un enfant pesant 2,130 grammes doit avoir normalement un placenta du poids de 355 grammes. Or, dans le cas cité, le placenta pèse 430 grammes. Il y a donc une différence en plus de 75 grammes, ce qui fait un rapport d'environ $1/5$. L'enfant, d'après la loi de M. Pinard, doit être considéré comme suspect de syphilis.

Cette femme vient accoucher de nouveau le 10 décembre 1903 à la clinique obstétricale. Au moment de l'accouchement, on constate des plaques muqueuses vulvaires. On met donc de suite mère et enfant au traitement spécifique.

Mais pour éviter toute erreur et être bien sûr du

diagnostic, nous avons prié M. le professeur Gailleton de vouloir bien examiner la parturiente.

M. Gailleton constata chez la mère des plaques muqueuses vulvaires disposées ainsi : une à la face interne de la lèvre droite, une à l'anus et trois dans le sillon qui sépare la grande lèvre de la cuisse droite.

L'enfant, qui n'avait rien d'anormal à la naissance, présenta le quatrième jour une coloration violacée des faces plantaires et le sixième jour, au moment où M. le professeur Gailleton fit son examen, les bulles de pemphigus étaient parfaitement constituées et en pleine évolution.

La mère ne s'est jamais soignée, car elle ignorait son mal, n'ayant jamais vu l'accident primitif. Le seul traitement qu'elle ait suivi ou plutôt pris consiste dans l'absorption journalière de 1 gramme d'iodure de potassium pendant les quinze jours qu'elle a passés à la Clinique en 1902. On lui avait cependant recommandé de venir se faire soigner à une nouvelle grossesse, mais elle n'est venue qu'au moment d'accoucher.

L'enfant pèse 2,620 grammes et le placenta 400 grammes. *Le rapport existant entre ces deux poids est donc inférieur au rapport normal, c'est-à-dire à 1/6.* Il y a une différence de 40 grammes en plus, que l'on trouve en opérant comme nous l'avons indiqué ci-dessus. *Et cependant cet enfant est bien syphilitique.*

On traite la mère par l'iodure et l'enfant par les frictions mercurielles. On persuade la mère d'allaiter son enfant et malgré ses maigres ressources, elle y consent pour conserver à la vie ce troisième enfant.

Elle revient à la consultation des nourrissons le 4 janvier. L'enfant porte encore les traces de son pemphigus, mais il va bien, est toujours soigneusement traité, ainsi que la mère. Il pèse 2,850 grammes.

On le voit de nouveau le 8 février. Il n'a rien de particulier, profite bien. Toute trace de pemphigus a disparu et la peau a repris sa coloration normale.

Mais par suite de son dénûment, la mère depuis cette époque est obligée de travailler « pour manger » comme elle nous dit et elle ne peut donner que rarement le sein. Elle a recours au biberon, puis elle cesse le traitement.

L'enfant devenant malade, elle l'apporte en pleurant à la consultation le 28 mars.

Il est sérieusement atteint cette fois par la terrible maladie. On constate une belle éruption maculo-papuleuse sur les jambes, les cuisses, et le diagnostic se fait de lui-même, car ces papules offrent une belle teinte cuivrée. De plus, il a un coryza bilatéral qui dure depuis un mois et l'empêche de téter, aussi il refuse le sein et la bouteille et depuis quinze jours, dit la mère, il a bien perdu du poids. Il est pâle, respire avec peine, offre quelques plaques muqueuses et rhagades sur le pourtour des commissures labiales et au niveau des sillons naso-labiaux. Il pèse 4,370 grammes.

Bien plus, nous avons fait des coupes histologiques du placenta, et aidé en cela par M. le docteur Fabre, voici ce que nous avons trouvé :

Le placenta examiné, après fixation dans le liquide de Müller, inclusion à la paraffine, coloration à l'hématéine éosine, permet de constater des lésions

de périartérite et de périphlébite au niveau des gros troncs villeux. Dans les villosités de dernier ordre, les altérations portent sur le syncytium qui est proliféré par places, recouvert en d'autres points par un dépôt de fibrine.

Dans les villosités de moyen calibre, le tissu chorial est plus nucléé que normalement, mais à leur niveau les altérations des vaisseaux sont peu marquées.

Du côté de la caduque, les cellules déciduales ne se colorent pas avec leur élection caractéristique, mais leur partie constitutive se retrouve ; on ne peut reconnaître de lésions caractéristiques.

En résumé. — Placenta syphilitique, avec lésions portant sur les gros troncs villeux, périartérite, périphlébite, mais les lésions ne présentent pas une intensité considérable.

Il s'agit donc là d'un enfant qui, à la naissance, était semblable à tous les autres. Si la mère n'avait pas présenté d'accidents et si elle avait nié tout antécédent spécifique, un médecin, appelé à se prononcer sur l'état sanitaire de l'enfant, l'eut confié, sans hésiter, à une nourrice, puisque ce cas ne rentrait pas dans la loi de M. le professeur Pinard et que l'enfant n'offrait aucun accident. Mais il est probable, pour ne pas dire certain, qu'il eut contaminé sa nourrice.

Voici maintenant des observations où l'on a constaté des lésions soit chez l'enfant seul, soit chez la mère seule, soit chez les deux à la fois. Il est bien entendu que nous n'avons consigné que les cas dans lesquels la loi de M. Pinard se trouvait en défaut.

Syphilis certaine.

A. Lésions constatées chez l'enfant seul.

OBSERVATION I. — <i>Secundipare.</i>	P	P'	D
1° Une fausse-couche de cinq mois en 1898.			
2° Accouchement à terme en 1901. Rien à noter dans ses antécédents. Deux mois après la naissance, l'enfant est ramené par sa nourrice; il offre des lésions cutanées de syphilis qui le font diriger sur Saint-Pothin. La nourrice n'offre rien de suspect à ce moment.	$\frac{3030}{530}$	508 gr.	+ 22 gr.
OBSERVATION II. — <i>Primipare.</i>			
Rien de particulier sur les antécédents. Trois semaines après la naissance, l'enfant est ramené par sa nourrice, qui présente un chancre syphilitique à chaque sein.	$\frac{3040}{520}$	510 gr.	+ 10 gr.
OBSERVATION III. — <i>Tertipare.</i>			
1° Un accouchement à terme en 1899. Enfant vivant actuellement.	$\frac{2850}{410}$	475 gr.	— 65 gr.
2° Un accouchement à terme en 1902. Enfant bien portant.	$\frac{3700}{550}$	616 gr.	— 66 gr.
3° Un accouchement à terme en 1903. Enfant ramené deux mois après par la nourrice avec des signes de syphilis. On n'avait rien trouvé chez la mère, L'enfant présente une éruption de petites macules polymorphes sur le cuir chevelu et le front. L'éruption est très marquée au niveau des fesses et sur la partie postérieure des cuisses, où on trouve des taches nettement cuivrées.	$\frac{2820}{480}$	470 gr.	+ 10 gr.

P = Poids de l'enfant et du placenta.

P' = Poids du placenta d'après le poids de l'enfant (1/6).

D = Différence de poids avec le placenta de l'enfant.

OBSERVATION IV. — *Secondipare.*

	P	P	D
1° Un accouchement à terme en 1900. Enfant offre du pemphigus pendant son séjour dans le service.	$\frac{2320}{410}$	390 gr.	+ 20 gr.
2° Un accouchement à terme en 1903. Enfant offre du pemphigus plantaire le deuxième jour de la naissance. Rien observé chez la mère.	$\frac{2980}{490}$	496 gr.	— 6 gr.

OBSERVATION V. — *Secondipare.*

1° Un accouchement à terme d'un enfant pesant 3,500 gr. et vivant actuellement.			
2° Un accouchement à terme en 1902. Enfant mort trois semaines après à la crèche, présentant, d'après M. Audry, des signes évidents de syphilis.	$\frac{2220}{360}$	370 gr.	— 10 gr.

OBSERVATION VI.

Femme dont on n'a rien relevé dans les antécédents. La mère ramène quatorze fois l'enfant à la consultation. Deux mois après la naissance, on constate un coryza purulent et des ulcérations aux commissures labiales. Il a dépéri un peu. On le met au traitement mercuriel (frictions) et tout disparaît rapidement. La dernière fois qu'il est revenu à la consultation, c'est à-dire neuf mois après la naissance, il pesait 8,0000 gr. et n'offrait aucun accident.	$\frac{2580}{420}$	430 gr.	— 10 gr.
--	--------------------	---------	----------

OBSERVATION VII. — *Tertipare.*

1° Un accouchement à terme. Enfant vivant actuellement.			
2° Un accouchement à terme. Enfant mort à deux mois en nourrice.			
3° Un accouchement à terme en décembre 1903. Enfant ramené le 15 février par la nourrice, avec lésions qui le font diriger sur Saint-Pothin.	$\frac{3140}{500}$	520 gr.	— 20 gr.

OBSERVATION VIII. — *Secondipare.*

P

P'

D

1° Un accouchement sur lequel on ne possède aucun renseignement.

2° Un accouchement à terme en 1901. La mère nie tout accident spécifique. Il s'agit d'un garçon vigoureux qui, envoyé en nourrice, est ramené deux mois après avec des lésions syphilitiques, qui le font envoyer à Saint-Pothin.

La nourrice, à ce moment, n'offre encore rien de suspect.

$\frac{3200}{480}$

533 gr. — 53 gr.

OBSERVATION IX. — *Secondipare.*

1° Pas de renseignements sur le premier accouchement.

2° Accouchement à terme en 1894. L'enfant meurt le troisième jour, offrant du pemphigus plantaire.

$\frac{2650}{380}$

440 gr. — 60 gr.

OBSERVATION X. — *Primipare.*

Rien dans ses antécédents. Nie tout accident spécifique à l'interrogatoire, On ne constate rien d'anormal. L'enfant, placé en nourrice, revient trois semaines après, présentant des lésions syphilitiques certaines.

$\frac{2880}{420}$

480 gr. — 60 gr.

OBSERVATION XI. — *Primipare.*

Rien de noter dans l'observation. Enfant offre du pemphigus pendant son séjour à la clinique obstétricale.

$\frac{3120}{450}$

520 gr. — 70 gr.

OBSERVATION XII. — *Tertipare.*

1° Une fausse couche en 1894.

2° Une fausse couche en janvier 1895.

3° Un accouchement à terme fin décembre 1895. Application de forceps pour bassin aplati et généralement rétréci. Enfant mort dix-sept heures après l'accouchement, offrant du pemphigus plantaire. A l'autopsie, lésions syphilitiques du poumon.

$\frac{3450}{470}$

570 gr. — 100 gr.

B. Lésions constatées chez la mère seule.

OBSERVATION I. — *Secundipare.*

1° Un accouchement à terme. Enfant mort à un mois nourri au sein par nourrice.

2° Un accouchement à terme en 1903. La malade contaminée, après sa première grossesse, prévient d'elle-même que le médecin qui l'a soignée, lui a dit d'avouer qu'elle avait la syphilis pour qu'on la soigne aussitôt l'accouchement, elle et son enfant. L'enfant est donc traité dès le début, et n'a jamais rien présenté; on le suit pendant trois mois, et à la fin du troisième mois il pesait 3620 gr.

P	P'	D
$\frac{2330}{450}$	425 gr.	+ 25 gr.

OBSERVATION II. — *Secundipare.*

1° Un accouchement en 1899. Rien d'anormal à cette époque, aucune lésion. Enfant vivant.

2° Un accouchement en 1902. On note une syphilis, très accusée, à la période secondaire. La mère dit que son premier enfant est actuellement en traitement à Saint-Pothin.

$\frac{2130}{380}$	335 gr.	+ 25 gr.
$\frac{2650}{380}$	450 gr.	— 40 gr.

OBSERVATION III. — *Tertipare.*

1° Un accouchement à 8 mois en 1900. Contracte la syphilis pendant cette grossesse. Se soigne pendant trois mois et abandonne tout traitement.

2° Une fausse couche de six mois et demi en 1901. Enfant macéré.

3° Un accouchement à terme en 1903. On traite la mère et on place l'enfant au biberon.

$\frac{3040}{490}$	506 gr.	— 16 gr.
--------------------	---------	----------

OBSERVATION IV. — *Tertipare.*

	P	P'	D
Pas de renseignements sur les grossesses antérieures. La mère avoue qu'elle est syphilitique.	$\frac{2950}{475}$	490 gr.	— 15 gr.

OBSERVATION V. — *Primipare.*

Céphalées, vomissements pendant la grossesse; la malade a eu en plus une chute des cheveux et des maux de gorge. Au moment de l'accouchement, on note des condylomes à la marge de l'anus. L'enfant, placé suspect, n'a rien présenté dans le service.	$\frac{3330}{520}$	555 gr.	— 35 gr.
--	--------------------	---------	----------

OBSERVATION VI. — *Primipare.*

Femme contaminée deux mois après la conception. A été soignée pendant toute la grossesse. Accouchement à terme.	$\frac{2820}{400}$	470 gr.	— 70 gr.
---	--------------------	---------	----------

OBSERVATION VII. — *Secondipare.*

1° Une fausse-couche de quatre mois en 1901.

2° Un accouchement à terme en 1903. Vue à la consultation au mois de janvier, on constate une belle roséole; la malade dit avoir perdu beaucoup de cheveux et avoir eu des maux de gorge. On lui donne le traitement spécifique (iodure). Elle accouche fin avril. Pendant son séjour à l'hôpital, l'enfant n'a rien présenté.	$\frac{2180}{290}$	360 gr.	— 70 gr.
--	--------------------	---------	----------

OBSERVATION VIII. — *Primipare.*

Rien de signalé à l'interrogatoire. L'enfant est placé douteux, la mère offrant une syphilis pigmentaire du cou très accusée et très nette.	$\frac{2590}{340}$	430 gr.	— 90 gr.
---	--------------------	---------	----------

OBSERVATION IX. — *Secundipare.*

	P	P'	D
1° Un accouchement à terme en 1902. A ce moment on note des plaques muqueuses à la face interne de la vulve. On donne un traitement à la mère, qui cependant affirme n'avoir jamais rien observé. L'enfant est placé douteux.	$\frac{3940}{720}$	636 gr.	+ 64 gr.
2° Un accouchement à terme en 1903. L'enfant, vu l'observation précédente, est placé douteux.	$\frac{4440}{645}$	740 gr.	— 95 gr.

OBSERVATION X. — *Primipare.*

La mère a eu des céphalées nocturnes très violentes et offre un ganglion sus-épitrochléen au bras gauche. On considère l'enfant comme douteux et on le place en nourrice au biberon.	$\frac{3110}{430}$	518 gr.	— 112 gr.
--	--------------------	---------	-----------

C. Lésions constatées à la fois chez la mère et chez l'enfant.

OBSERVATION I. — *Tertipare.*

1° Un accouchement à sept mois macéré.			
2° Un accouchement à terme en 1902.	$\frac{2130}{400}$	335 gr.	+ 45 gr.
3° Un accouchement à terme en 1903.	$\frac{2620}{400}$	436 gr.	— 36 gr.
Voir détail de l'observation page 61. Diagnostic vérifié par M. le professeur Gailleton.			

OBSERVATION II. — *Quintipare.*

A eu tous ses enfants à la Charité.			
1° Un accouchement à terme en 1893. Enfant vivant en 1901.			
2° Un accouchement en 1896. La mère nie tout accident spécifique, mais l'enfant offre du pemphigus dans le service. On traite la mère et l'enfant.	$\frac{2300}{400}$	383 gr.	+ 17 gr.
3° Un accouchement en 1897. La mère et l'enfant sortent en bon état, la mère nourrissant.	$\frac{2910}{480}$	483 gr.	— 3 gr.

	P	P'	D
4° Un accouchement en 1899. Accouchement prématuré de six mois et demi sans cause connue, que la syphilis antérieure.	$\frac{1750}{480}$		
5° Un accouchement en 1901. Enfant à terme, déclaré suspect, la mère ne le gardant pas.	$\frac{2850}{460}$	475 gr.	— 15 gr.

OBSERVATION III. — *Quintipare.*

1° Un mort-né.

2° Un enfant à terme mort à deux mois en nourrice.

3° Enfant à terme, vivant, élevé au biberon par la mère.

4° Une fausse couche de six mois en 1901.

5° Accouchement à terme en 1903. Vient à la consultation un mois avant et raconte qu'au moment de sa fausse-couche elle a eu un bouton à la vulve, des maux de gorge et une chute des cheveux. On note en effet une petite cicatrice vaginale du côté droit. On la traite tout le mois par l'iodure seul. Elle n'avait jamais été traitée antérieurement.

Elle offre aussi un peu d'hydramnios.

Elle accouche d'un garçon vigoureux qu'elle ramène à la consultation deux mois après la naissance. Malgré le traitement de la mère et de l'enfant, ce dernier offre du pemphigus et du coryza. On continue de traiter l'enfant qui au huitième mois ne pèse que 5970 gr.	$\frac{3480}{530}$	580 gr.	— 50 gr.
--	--------------------	---------	----------

OBSERVATION IV.

La mère offre des plaques muqueuses. Aussi, dès son entrée dans le service, on la met au traitement spécifique.

L'enfant, 15 jours après la naissance, présente du pemphigus.

$\frac{3600}{510}$	600 gr.	— 90 gr.
--------------------	---------	----------

Dans le tableau suivant, nous avons réuni les cas où l'on a oublié de noter sur la feuille d'observation la nature de la lésion qui a fait établir le diagnostic de syphilis.

Syphilis notée sur les observations sans indication de la lésion.

Numéro des observations	Poids de l'enfant à la naissance en grammes	Poids du placenta en grammes	Poids du placenta d'après le poids de l'enfant en grammes	Différence de poids avec celui de l'enfant en grammes
1	2510	420	420	0
2	2400	400	400	0
3	2270	380	378	+ 2
4	2800	470	466	+ 4
5	2650	450	441	+ 9
6	4030	680	670	+ 10
7	2750	480	458	+ 22
8	3660	600	610	— 10
9	2500	380	410	— 30
10	2000	300	333	— 33
11	2600	400	433	— 33
12	3120	480	520	— 40
13	2150	320	360	— 40
14	3480	510	580	— 70
15	3850	560	640	— 80
16	2180	250	360	— 110
17	2500	300	410	— 110
18	3560	465	593	— 128

Sur ces 18 observations, on voit que :

5 fois le rapport du poids de l'enfant au poids du placenta est supérieur au rapport normal, qui est de $1/6$.

2 fois il lui est égal.

11 fois il lui est inférieur.

Une objection que l'on pourrait faire à nos observations, c'est d'avoir un diagnostic erroné, or, nous

ne croyons pas qu'elle soit applicable à ces cas, car le soin avec lequel les malades sont examinés journellement par le chef de service oblige d'éliminer cette hypothèse.

En tous cas, l'observation typique, au diagnostic établi par M. le professeur Gailleton ne saurait permettre un doute.

Mais nous avons mieux encore : ce sont les résultats de l'enquête, dont M. le Préfet du Rhône avait chargé M. Gailleton en 1903.

Il s'agit de 30 enfants de l'Assistance publique expédiés en nourrice comme sains, sortant de la Maternité et de la Clinique obstétricale, locaux où par conséquent les erreurs ne sont imputables qu'à l'absence de signes nécessaires pour établir un diagnostic surtout aussi rapidement que le réclame le service des Enfants assistés.

Ces 30 enfants, de l'avis même de M. le professeur Gailleton, avaient tous des signes évidents de véroles. Mais, au moment de l'enquête, 24 nourrices seulement étaient infectées, ce qui ne veut pas dire que les 6 autres étaient indemnes.

Pour 6 enfants, l'observation était absente ; aussi les éliminerons-nous. Il en reste donc 24.

Si l'on a expédié ces enfants pour les élever au sein, c'est, comme l'a dit M. Gailleton, qu'ils ressemblaient à tous les autres, que, pendant leur séjour dans le service ils n'ont rien présenté d'anormal et enfin que les signes donnés comme pathognomonique de la syphilis comme la loi de M. Pinard, faisaient défaut ou à peu près.

En effet, au point de vue du poids à la naissance :

11 pesaient plus de 3 kilogs.

14 pesaient moins.

Quant au rapport existant entre le poids de l'enfant et celui du placenta, les résultats sont les suivants :

Dans 1 cas le rapport est inférieur au rapport normal c'est-à-dire à $1/6$.

Dans 13 cas il est égal à $1/6$.

Dans 10 cas,	8 fois il est de $1/5$ au lieu de $1/4$
il est supérieur	1 fois de $1/4$
et encore ! car	1 fois de $\frac{1}{2,5}$

Ces 30 cas, qui, bien entendu, n'ont pas été triés pour les besoins de la cause, parlent d'eux-mêmes et de plus on ne peut malheureusement mettre en doute le diagnostic de syphilis, puisque l'administration a payé de 3 à 5,000 francs à chacune des nourrices contaminées. Ajoutons que bien entendu ces contaminations n'ont pas eu lieu la même année.

Nous ne regrettons qu'une chose c'est l'absence des observations détaillées. Mais M. le professeur Gailleton n'a pu nous donner que le résumé général.

Ainsi donc que d'accrocs déjà il y a à la loi établie par Diaz et Bridier.

Enfin nous avons recherché si d'autres observateurs ne pourraient nous fournir, à leur insu, quelques faits confirmant notre manière de voir.

Nous avons été heureux et surpris à la fois de rencontrer des devanciers.

C'est ainsi que l'homme éminent en la matière qu'est M. le professeur Fournier a constaté lui-même le fait, sans cependant le relever.

Pouzol, en effet, dans sa thèse, rapporte 14 observations d'enfants sûrement syphilitiques. Voulant prouver que la syphilis peut ne se manifester par aucun signe extérieur en clinique, il s'est entouré, aidé en cela par la science de M. Fournier, de toutes les garanties désirables. Or, il a trouvé des enfants sans lésions apparentes de syphilis, mais les parents avaient avoué leur mal, ou bien l'autopsie est venue confirmer le diagnostic établi. Et dans ces cas le placenta était normal. Le rapport existant était en contradiction avec la loi de M. Pinard, loi que sûrement n'ignorait pas M. le professeur Fournier. Car Pouzol, pour l'affirmer, note que dans deux cas (observations 8 et 12) *le placenta est gros œdématisé*, ce qui, dit-il, pouvait suffire déjà à éveiller les soupçons et il place ces mots en tête de l'observation 8 : « *Mère probablement syphilitique, placenta gros.* » D'ailleurs, page 19, il écrivait : « D'autrefois, on ne trouve aucune « espèce d'antécédents, surtout chez les primipares ; « ces femmes accouchent et l'accoucheur aura tou- « jours le soin de s'assurer s'il n'existait pas d'hy- « dramnios, *si le placenta n'est pas blanchâtre, vo- « lumineux*, signes qui peuvent être précieux pour « diagnostiquer une syphilis douteuse chez l'en- « fant. »

Or, sans revenir ici sur le signe révélateur indiqué par M. Fournier et dont nous avons parlé plus haut, nous remarquons seulement que, dès la publication

de la loi énoncée par M. Pinard, certains observateurs attentifs, sans y ajouter toutefois d'autre importance, avaient déjà vus que dans quelques cas, on ne pouvait compter en toute sécurité avec elle, puisqu'ils cherchaient encore un signe plus sûr.

Alors, cette loi si simple et applicable facilement dans tous les cas, puisqu'il suffit de peser l'enfant et le placenta, cessait déjà d'avoir une valeur propre puisque sur 14 cas très bien observés, elle était seulement 12 fois en défaut.

Ce que nous pouvons regretter, c'est que Pouzol n'ait pas noté le poids du placenta pour chaque enfant.

Mais heureusement que Blanchet, un an plus tard, a innocemment comblé cette lacune et que, tout en citant une loi qu'il admet, il a en somme très peu d'observations en concordance avec elle. Nous avons en effet trouvé dans cette thèse, en faveur de notre idée, des observations aussi irréfutablement prises que celles de Pouzol, sur le diagnostic desquelles nous n'oserions même émettre un doute, mais où nous constatons que la loi de M. le professeur Pinard est parfaitement inapplicable en pratique.

Voici un résumé de tous les cas, publiés par Blanchet, se rapportant à des enfants syphilitiques nés vivants à la clinique Tarnier pendant les années 1900 et 1901.

RÉSUMÉ DES TABLEAUX DE BLANCHET

Enfants syphilitiques nés vivants à la clinique Tarnier, en 1900 et 1901.

Numéro de l'accouchement	Age de la grossesse	Poids de l'enfant à la naissance en grammes	Poids du placenta en grammes	Poids du placenta d'après le poids de l'enfant en grammes	Différence de poids avec le placenta de l'enfant en grammes
48	9	3100	480	516	— 64
378	9	3200	460	533	— 127
381	9	3900	650	650	0
426	9	3500	430	580	— 150
1069	9	3600	450	600	— 150
1086	9	3170	460	528	— 68
1322	9	3520	550	586	— 36
1606	9	3600	550	600	— 50
120	9	3770	470	628	— 158
130	9	3000	470	500	— 30
312	9	3720	620	620	0
371	9	3480	470	580	— 110
678	9	2785	450	464	— 14
744	9	2870	410	468	— 58
1068	9	3220	500	536	— 36
1706	9	3490	500	580	— 80
1926	9	3540	470	590	— 120
682	9	3400	650	566	+ 84
1445	9	3080	720	513	+ 207
1538	9	3400	640	566	+ 74
1473	9	2675	620	446	+ 174
1496	9	3325	570	554	+ 16
1514	9	2090	560	350	+ 210
1543	9	2520	460	420	+ 40
1677	9	3470	730	580	+ 150
1729	9	2670	520	445	+ 75
411	9	2620	450	436	+ 14
123	8	2400	300	400	+ 100
828	8	2700	380	450	— 70
1061	8	2550	425	425	0
159	8	2720	350	453	— 103
1321	8 1/2	2980	500	498	+ 2
276	7 1/2	2300	400	383	+ 17
335	8 1/2	2350	420	391	+ 29
844	8 1/2	2350	550	391	+ 159
1269	8	2450	640	401	+ 239
1323	7	1800	580	300	+ 280
1326	8	2000	720	333	+ 387
141	8	2100	600	350	+ 250
297	8	2570	500	428	+ 72
757	8 1/2	2180	720	363	+ 337
855	8 1/2	2530	560	421	+ 139
1324	8 1/2	2450	640	408	+ 232
1365	7 1/2	2280	400	380	+ 20
1418	8 1/2	2150	520	358	+ 162
1552	7	2400	600	400	+ 200
1606	6	2110	520	351	+ 169

A la lecture de ce tableau, on voit combien il y a encore de cas en contradiction avec la loi.

Est-ce à dire que Blanchet ait cité des chiffres quelconques? Assurément non, car il n'a fait que transcrire les observations que lui ont fourni des gens très compétents en pareille matière.

Examinons tout d'abord les observations relatives aux enfants venus à terme, que nous avons placées au début du tableau synoptique ci-dessus. On voit que sur les 27 cas observés et considérés isolément, 17 fois la loi est en défaut et juste 10 fois seulement.

Si l'on cherche le poids moyen de tous ces enfants et celui de leurs placentas, on arrive à ceci :

Poids moyen des enfants..... 3209 grammes.

Poids moyen du placenta..... 530 —

Or, d'après le rapport normal qui est de $1/6$, on a pour ce poids de l'enfant un placenta de 534 grammes, ce qui fait par conséquent un rapport inférieur de 4 grammes même au rapport normal.

Nous voyons donc que de quelque façon que l'on envisage ces observations, elles ne peuvent cadrer exactement avec la loi de M. Pinard et cependant ces enfants sont des syphilitiques certains.

Opérons de même maintenant pour les prématurés. On trouve :

Poids moyen des enfants..... 2364 grammes.

Poids moyen du placenta..... 510 —

Le placenta normal pour un enfant de ce poids devrait peser 401 grammes. Le rapport existant pour l'ensemble des cas est donc bien supérieur au rapport normal et la loi se trouve justifiée.

Mais si l'on envisage chaque cas isolément, on voit que sur les 20 observations, il y a 5 cas (dans l'accouchement n° 1321, il n'y a que 2 grammes en plus) qui échappent encore à la loi et 15 qui la confirment.

En résumé, en réunissant indistinctement tous les cas cités par Blanchet, on trouve que :

Sur 47 enfants certainement syphilitiques, nés vivants :

22 fois le rapport est inférieur ou égal au rapport normal.

25 fois il lui est supérieur.

Il nous semble que Blanchet, avec un peu d'attention, aurait dû s'apercevoir, qu'en affirmant l'exactitude d'une telle loi, il citait des observations contradictoires.

Or il a simplement additionné les poids de tous les enfants et de tous les placentas et il a établi le rapport sans se rendre compte que près de la moitié des observations, considérées isolément, niaient hautement ce qu'il affirmait.

Et d'ailleurs il dit lui-même, page 28, que c'est ainsi qu'il a fait le calcul : « 47 syphilitiques, écrit-il, « sont nés vivants à la clinique Tarnier pendant les « années 1900 et 1901. Ces 47 enfants donnent une « moyenne de 2825 grammes par enfant avec un placenta moyen de 523 grammes, soit à peu près $1/5$ « comme rapport. *Il est à remarquer que la moyenne de ces enfants est faible.* »

C'est là une remarque très judicieuse. Il est fort heureux, en effet, pour sa statistique que le poids moyen des enfants soit faible, car s'il en avait été

autrement, il ne se fut trouvé que quelques rares observations en concordance avec la loi de M. Pinard et il ajoute dans cette même page : « Le rapport du « poids du fœtus au poids du placenta sera d'autant « plus grand que la grossesse aura fini plus prématurément, *car c'est surtout dans les derniers mois que le fœtus augmente, alors que le placenta reste stationnaire.* »

Or, nous venons précisément de voir que là loi n'est applicable qu'aux prématurés. Il est donc évident que si ces enfants étaient venus à terme, le placenta restant stationnaire et l'enfant *augmentant beaucoup de poids* dans les derniers mois de la grossesse, le rapport qui, *pour l'ensemble des cas*, et déjà non pas de $1/4$, comme il devrait l'être d'après Diaz, Bridier, mais de $1/5,3$, aurait été probablement de $1/6$, c'est-à-dire tout à fait normal.

Il est à remarquer que Blanchet a commis une erreur matérielle, car le poids moyen des 47 syphilitiques est de 2,786 grammes et non de 2,825 grammes, avec un placenta moyen de 520 grammes. Le rapport est donc de $1/5,3$.

De plus, tout en remerciant Blanchet de nous avoir fourni des cas corroborant les nôtres en tous points, il est une critique que nous sommes obligés de lui faire et dont il doit être seul responsable c'est la façon dont il a compris la loi.

En effet, Diaz et Bridier ont bien cité des enfants de poids faible ou normal, mais tous avaient de monstrueux placentas. Cela sans doute pour le besoin de leur dire, tout comme nous qui, intentionnellement,

avons omis de signaler les cas de syphilis conformes à la règle. Mais, dans leurs statistiques, tous les cas considérés dans leur ensemble ou observés isolément conduisent à la conclusion qu'a donnée M. Pinard, à savoir *que dans la syphilis conceptionnelle le rapport du poids du fœtus au poids du placenta est toujours égal à 1/4*, tandis que dans les observations de Blanchet, non seulement l'ensemble des cas ne justifie pas la règle, puisque lui-même reconnaît que le rapport est à peu près égal au 1/5, mais encore si l'on observe chaque cas séparément, on trouve que la loi n'est applicable environ qu'à la moitié des cas. Or, en pratique, il faut se prononcer devant un enfant et un placenta.

Mais ce que nous tenons à faire ressortir des tableaux de Blanchet : c'est qu'il a simplement collationné les observations que des personnes plus compétentes avaient prises et que, par conséquent, on ne peut songer à un diagnostic erroné.

Or c'était-là tout notre désir : trouver dans un autre milieu, semblable à celui où nous avons fait nos recherches, des observations irrécusablement prises, afin qu'on ne puisse mettre en doute le diagnostic des lésions. Et nous arrivons à cette conclusion toute naturelle : *c'est que la loi donnée par M. Pinard n'est pas applicable à tous les cas et qu'on ne peut continuer par suite à lui reconnaître toute la valeur qu'on lui accorde actuellement.*

Mais il est toutefois un petit point de détail sur lequel nous désirons attirer l'attention. C'est la *façon de peser le délivre.*

On a généralement l'habitude de jeter sur la balance, dès sa sortie de l'utérus, le placenta gorgé de sang, renfermant parfois même quelques caillots dans les membranes ou du sang insinué entre les sillons qui séparent les cotylédons. Il nous a semblé que l'on devait ainsi obtenir des poids plus élevés qu'ils devaient l'être réellement, et qu'alors un certain nombre de cas pourraient être, par suite de cet excès de poids, justiciables de la loi de M. Pinard, et faire porter un diagnostic ferme, alors que le produit expulsé serait indemne de toute tare héréditaire.

Aussi, nous avons eu l'idée d'opérer ainsi : aussitôt le placenta sorti de l'utérus, nous enlevons les caillots qu'il peut contenir et nous le pesons exactement. Puis, *pour certains, immédiatement après, pour d'autres, en laissant un laps de temps plus ou moins long*, nous lavons les membranes et les deux faces placentaires sous un robinet d'eau pour chasser tout le sang resté liquide ou coagulé sur les différentes parties du délivre.

Puis, avec une ou deux compresses sèches, *sans expression*, nous épongeons placenta et membranes et nous pesons le tout une seconde fois.

Tableau des pesées comparatives du délivre.

Numéro des observations	Poids du placenta à la sortie de l'utérus en grammes	Temps écoulé entre les deux pesées	Poids du placenta lavé et épongé sans expression en grammes	Perte en grammes
1	660	Pas d'intervalle	620	40
2	435	—	415	20
3	570	—	550	20
4	725	—	690	35
5	430	—	415	15
6	520	—	485	35
7	450	1/2 heure	423	27
8	380	2 —	372	8
9	640	2 —	580	60
10	615	2 —	590	25
11	660	3 —	618	42
12	430	3 —	402	28
13	560	4 —	453	107
14	335	4 —	308	27
15	645	4 —	580	65
16	380	5 —	360	20
17	480	6 —	403	70
18	560	7 —	485	75
19	560	10 —	523	37
20	460	11 —	342	118
21	435	11 —	415	20
22	655	12 —	640	15
23	400	12 —	385	15
24	470	15 —	435	35
25	520	15 —	475	25
26	490	15 —	468	22
27	400	17 —	350	50
28	530	17 —	510	20

Si l'on établit le poids moyen avant et après, on trouve les chiffres suivants :

Poids moyen à la sortie de l'utérus = 514 grammes.

Poids moyen après lavage et séchage = 474 gr.

On arrive donc ainsi à une différence de poids de 40 grammes, ce qui veut dire que si l'on a soin d'enlever le sang et les caillots qui adhèrent au délivre, on obtient un placenta pesant EN MOYENNE 40 grammes de moins qu'un placenta pesé par la méthode ordinaire.

On comprend aisément que cette diminution de poids est importante en pratique et qu'on ne saurait la négliger en présence d'un enfant dont le rapport du poids à celui du placenta est supérieur au rapport normal. Car, en lui appliquant la loi de M. Pinard, on affirmerait la syphilis dans le premier cas, alors que dans le second, ou bien l'enfant serait de suite considéré sain, ou bien on le soupçonnerait, mais le rapport serait diminué. Il nous semble évident que l'on ne doit pas, pour juger d'un délivre, faire entrer dans son poids le sang dont il est gorgé ou recouvert.

Il découle par suite de nos recherches que nous serions tout disposé à admettre que le rapport normal, qui a été évalué à $1/6$, est un peu fort. En effet, un enfant de 3,000 grammes doit avoir normalement un placenta de 500 grammes. Nous dirons : *en pesant bien le placenta, un enfant de 3,000 grammes doit avoir un placenta de 460 grammes, ce qui porte le rapport à $1/6,4$.*

M. le docteur Fabre, à qui nous avons communiqué nos résultats, nous indiqua une communication d'un auteur allemand, Sfameni (1), qui, en 1901, avait

(1) Sfameni. Jahresbericht, 1901, tome XV, p. 1077. *Du poids de la délivrance et de celui de l'enfant à terme.*

étudié le point suivant : *Du poids de la délivrance et de celui de l'enfant à terme.* Cet auteur « estime
« que le poids du placenta est de 408 grammes, celui
« des membranes 49 grammes et celui du cordon
« 33 grammes, ce qui fait ensemble 490 grammes
« pour un poids moyen d'enfant de 3,175 grammes,
« résultat que l'on obtient en débarrassant soigneuse-
« ment le placenta du sang liquide et des caillots. »

Sfameni arrive donc à des conclusions identiques aux nôtres et par le même procédé. En-effet, pour un enfant de ce poids, on admet généralement que le placenta (rapport de 1/6) pèse 529 grammes. Il y a donc 39 grammes de différence. Or nous avons obtenu, en moyenne, 40 grammes par notre procédé de pesée. Le rapport ici se trouverait donc plus faible qu'on l'admet généralement et correspond exactement à 1/6,4, chiffre que nous avons trouvé.

Sans doute, pareille constatation ne saurait être considérée comme une règle applicable à tous les cas. Nous ne voulons pas dire qu'au poids de chaque placenta pesé comme on le fait d'habitude, on doive retrancher 40 grammes, puisque dans un cas nous avons trouvé une différence de 7 grammes et de 118 dans un autre. Mais nous voulons seulement montrer par là, qu'en pesant le placenta comme nous l'indiquons, on arriverait dans certains cas à diminuer son poids, et cela justement, nous semble-t-il, car on ne saurait considérer tout le sang qu'il renferme et qui le recouvre, comme partie constituante.

Il y a peut-être lieu d'étudier de plus près cette question, afin d'éviter des erreurs regrettables et pour

la nourrice et pour l'enfant si l'on voulait encore établir un diagnostic avec la seule loi de M. Pinard.

En résumé : *Cette loi établie par Diaz présente de telles exceptions qu'elle n'est pas applicable à plus de la moitié des cas pour les enfants à terme et vivants et que par conséquent elle perd tout le crédit qu'on lui avait accordé jusqu'à présent. Car de quelle utilité véritablement peut-elle être pour reconnaître si l'enfant est syphilitique, puisqu'il peut l'être avec un rapport égal même ou inférieur à $1/6$, comme dans les observations de M. le professeur Gailleton et de Blanchet, et puisqu'il peut ne pas l'être avec un rapport même égal à $1/4$, comme nous en avons donné des exemples.*

Sans valeur absolue par elle-même, si cependant on veut l'utiliser, il faut au moins peser le placenta comme nous l'avons indiqué et surtout ne pas croire que dans la syphilis conceptionnelle, ainsi que l'ont dit MM. Pinard, Diaz et Bridier, il y a toujours une hypertrophie considérable du placenta.

Que conclure alors ? C'est que notre ignorance est grande encore à l'heure actuelle sur les rapports de l'hérédité syphilitique avec la grossesse et qu'en fin de compte on ne peut trouver un signe, les lésions objectives mises à part, qui, à lui seul, permette de déceler la syphilis dès la naissance. Ni l'aspect spécial des enfants, ni la coloration de la peau, ni la courbe d'alimentation qui est excellente, mais demande au moins quinze jours d'observation, et moins encore la

loi de M. Pinard ne sont des signes pathognomoniques de la syphilis, et le médecin, dans les premières heures de la vie, ne peut et ne doit compter sur eux pour faire son diagnostic.

La solution de la question a été donnée par les médecins autrichiens à leur gouvernement qui a édicté la loi suivante, qui, elle, est excellente : « *Tout enfant, quel qu'il soit, non élevé par sa mère, sera surveillé pendant trois mois après la naissance, avant d'être confié à une nourrice.* »

Nous verrons dans un des chapitres suivant ce qu'il faut penser de cette mesure, assurément très sage et très sûre, mais que nous ne pouvons appliquer maintenant, et quelles sont les mesures que doit prendre le médecin, ce qu'il doit faire et surtout ce qu'actuellement d'autres doivent faire :

1° Pour arracher à la mort un grand nombre de nouveau-nés syphilitiques ;

2° Pour enrayer l'action néfaste d'une maladie, bien plus, d'un fléau comme la syphilis, car, comme on l'a dit : « *Si la lèpre a été la plaie du moyen âge, le XIX^e siècle en a trois : la syphilis surtout, l'alcoolisme et la tuberculose, trinité féroce qui supprime chaque année des milliers d'existence.* »

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Bien que cette partie ne rentre pas tout à fait dans le cadre de ce travail, nous croyons cependant qu'il est nécessaire d'en indiquer les grandes lignes.

Deux cas se présentent journellement :

1° L'enfant naît syphilitique; le diagnostic est ferme, car on voit les stigmates de la tare héréditaire, ou l'aveu des parents a soulevé toutes les difficultés.

2° L'enfant offre une bonne santé apparente à la naissance, mais on s'aperçoit que, dès les premiers jours, la perte de son poids est plus forte que normalement, en un mot qu'il dépérit.

Dans les deux cas, la conduite du médecin devra être la même et surtout il devra agir vite, car on connaît dans quelle proportion effrayante la syphilis détruit ces petits êtres que, comme l'écrit Diday, « tant de causes de mort, outre celle-là, menacent « par suite de l'infection dont ils portent le germe. »

Quand donc faut-il agir? Le plus rapidement possible. Aujourd'hui, d'ailleurs, tous les praticiens sont d'accord sur ce point. Si le diagnostic est bien établi, on commencera immédiatement le traitement.

Mais il peut arriver, et cela se voit tous les jours dans la pratique, qu'aucun signe extérieur ne révèle

au médecin la nature de la cachexie foétale, et alors on peut se demander de quelle affection il s'agit.

Il faut, dans ce cas, rechercher attentivement les « petits signes », que nous avons indiqués au chapitre de la symptomatologie, et établir de suite le traitement.

D'ailleurs, syphilitique ou non, l'enfant ne s'en portera pas plus mal, car, si le traitement ne l'améliore pas, il ne lui est certainement pas nuisible. Les recherches de Ricord, Depaul, Dubois, etc., en signalant la fréquence des lésions viscérales syphilitiques, en montrant le rapport de causalité qui les unit aux divers désordres fonctionnels du nouveau-né, ont singulièrement contribué à prouver que le traitement peut bien plutôt guérir qu'aggraver les conséquences de ces états morbides. Et Diday était bien partisan de cette conduite quand il écrivait : « Non, il ne peut « jamais exister, serais-je tenté de m'écrier, dans le « cas où l'enfant offre une cachexie profonde, aucune « contre-indication à l'administration immédiate des « agents spécifiques. » En fait cela est bien admis, et nous avons pu voir des enfants, indemnes de toute lésion objective, traités par le mercure et placés en couveuse, revenir assez rapidement à la vie, sans qu'on ait pu expliquer, autrement que par la syphilis, la cause de cette cachexie, qui les conduisait à grand pas à la mort.

Ainsi donc, il faudra traiter les enfants le plus tôt possible, prévoir plutôt les symptômes que les voir, et surtout avoir présent à l'idée que le traitement ne peut nuire à l'enfant.

Quel traitement faut-il faire? La question semble

claire aujourd'hui, et sauf quelques divergences dans le mode d'administration, les seuls médicaments employés sont le mercure et l'iodure de potassium.

Mais où l'on est moins d'accord, c'est la forme sous laquelle on doit donner le mercure.

Des nombreux traitements préconisés, nous n'en retiendrons que trois qui sont prescrits journellement par les praticiens, et cela suivant les préférences.

Leur administration se fait suivant trois voies différentes :

1° *Les injections sous-cutanées ;*

2° *La voie buccale ;*

3° *Les frictions.*

Disons de suite que les frictions d'onguent mercuriel sont le procédé de choix, le seul qui soit pratique en dehors de l'hôpital.

1° Injections sous-cutanées

Les plus connues et les plus anciennes sont celles pratiquées avec l'huile grise. Elles donnent assurément d'excellents résultats, enrayent des syphilis très redoutables, sauvent la vie à de nombreux enfants.

On fait ces injections avec une seringue de Pravaz ordinaire, à la dose de *une* goutte à la fois, dose que l'on renouvelle tous les huit jours.

La fesse est l'endroit ordinairement choisi.

Les injections avec un sel soluble de mercure viennent d'être signalées par Schwab et Lévy-Bing (1).

(1) Schwab et Lévy-Bing, *Société d'obstétrique de Paris*, 12 décembre 1903.

Ces auteurs ont employé le biiodure de mercure et n'ont pas eu le moindre accident.

La médication a été parfaitement tolérée ; non seulement il n'y a pas eu de phénomènes d'intoxication, mais il ne s'est manifesté aucun signe d'irritation locale (ni induration, ni abcès, ni rougeurs).

Ils ont injecté chaque jour *un* milligramme à *un* milligramme *et demi* de biiodure de mercure en solution aqueuse.

Ces injections se font dans les régions latéro-vertébrales, de préférence, les fesses devant être évitées chez le nourrisson, à cause de l'infection possible par les matières fécales.

Mais malheureusement ces injections, soit d'huile grise, soit de biiodure, ne peuvent se faire que dans des milieux spéciaux, hôpitaux ou crèches.

On ne peut en effet songer à confier leur exécution à une mère ou à une nourrice. Les soins antiseptiques à prendre, la façon de faire l'injection, en rendent l'application impossible à toute personne autre que le médecin. Or, ce dernier n'a pas toujours l'enfant sous la main et dans les campagnes la distance, souvent grande, empêche la réalisation de ce traitement. D'autre part, ces injections sont assez douloureuses.

2° La voie buccale

On a vanté comme moyen thérapeutique énergique et sûr le bichlorure de mercure sous la forme de liqueur de Van Swieten, facile à faire prendre à l'enfant. On la donne généralement à la dose de 20 à 40 gouttes à prendre chaque jour, en quatre fois, dans du lait.

De Keyser (1) l'administre ainsi : 2 grammes par jour dans du lait ; progressivement on peut, dit-il, élever la dose jusqu'à 5 grammes. Si l'on a soin de fractionner la dose en trois ou quatre prises, immédiatement avant la tétée ; le traitement peut être continué longtemps, plusieurs mois.

Le même auteur indique aussi le calomel qui, à la dose de 1 centigramme répétée trois fois par jour, mélangé avec du sucre pulvérisé ou pris avec du lait, lui a donné d'excellents résultats. Il emploie la formule de Monti :

Calomel à la vapeur	} à 0 gr. 25 milligr.
Lactate de fer.....	
Sucre blanc.....	45 grammes.

Pour 10 paquets : 1 à 4 paquets par jour.

Soit, nous reconnaitrons ces sels supérieurs aux injections sous-cutanées comme moyen médicamenteux utilisable dans la pratique, mais nous les rejeterons cependant, car ils sont dangereux pour l'entourage. Chez des parents peu soucieux ou ignorants, ils peuvent causer des accidents graves et la nourrice elle-même peut empoisonner l'enfant.

On a bien dit qu'on pourrait donner la liqueur de Van Swieten très diluée, ou dans une potion, mais alors on lui enlève son action et elle devient un moyen inefficace et peu sûr.

Enfin et surtout le grand reproche qu'on peut et que l'on doit faire à ces sels de mercure, c'est d'être

(1) De Keyser. *La pathologie infantile*, 15 mars 1904.

absorbés par la bouche et par conséquent de venir irriter le tube digestif qui, chez l'enfant, a une bien faible résistance, que tant d'autres causes par ailleurs viennent encore attaquer, et dont l'accident le plus grave est la diarrhée.

3° Les frictions.

Le mieux est donc d'avoir recours aux frictions avec l'onguent mercuriel, surtout dans la clientèle privée. C'est un moyen sans danger, incapable de causer des erreurs, d'une application facile, comme nous allons le voir, pouvant être confié à tout le monde et ayant ce grand avantage d'être un traitement énergique, sur lequel le médecin peut compter en toute assurance et qui lui permet même de rassurer la famille, dans une certaine mesure, sur les chances possibles de l'enfant à la vie.

Donc, tous les jours on fera une friction à l'enfant. Pour cela, on prendra gros comme un petit pois (1 gramme environ) de pommade et on frictionnera une partie du corps de l'enfant pendant quelques minutes, de façon à bien faire pénétrer le mercure dans la peau.

Quant au lieu d'élection, voilà la technique habituelle. Le premier jour on frictionne sous une aisselle, le lendemain sous l'autre, le troisième jour au pli de l'aîne et le lendemain du côté opposé; puis, on recommence le cycle.

Une bonne précaution à prendre, que l'on néglige ou que l'on ignore habituellement, c'est la nécessité

de laver ou plutôt de décaper soigneusement l'épiderme frictionné, des résidus de pommade, qui occasionnent les erythèmes que l'on observe souvent dans ces régions, mais dont l'apparition est due uniquement à ce manque de soins. Pour cela, un peu d'eau tiède et de savon blanc suffisent.

Cependant, si, malgré ces précautions, et cela se rencontre surtout chez les prématurés débiles, la peau présentait de l'érythème, il ne faut pas insister, mais frictionner alors sur le flanc, les lombes, même le dos.

Un bon procédé est celui de Brodie (1), qui supprime toute intervention. Cet auteur exécutait ainsi les frictions « On enveloppe, dit-il, les genoux du « nouveau-né avec une bande de flanelle peu serrée, « qu'on a préalablement enduite sur sa face interne « d'onguent mercuriel. Il faut la renouveler tous les « jours. Les mouvements de l'enfant font glisser la « bande et opèrent naturellement les frictions. »

Ajoutons que, dans les cas de syphilis très grave, où l'enfant, malgré ce traitement, dépérit encore, on peut associer le mercure à l'iodure et M. le docteur Fabre, dans son service de la Clinique obstétricale, fait usage de la solution suivante :

KI : 1 gr.

Eau : 100 gr.

dont il donne, chaque jour, une cuillerée à café à l'enfant, concurremment avec les frictions.

(1) Brodie. *Lecturs illustr. of var. subjects*, p. 245.

Bien entendu, il faut soigner la mère et cela par 2 ou 3 grammes d'iodure auquel on associera ainsi le mercure, si l'on voit une syphilis maligne.

Il est un point encore, sur lequel il nous semble nécessaire d'attirer l'attention, car il est rarement employé actuellement. Nous voulons parler de l'action de la température chez ces petits syphilitiques, dont Diday avait déjà signalé les heureux effets dans son remarquable livre.

Il raconte, en effet, que la température du nouveau-né syphilitique est un des points les plus importants de leur hygiène spéciale et il dit : « Des observations positives prouvent :

« 1° Que le virus chancreux perd par la chaleur
« ses propriétés d'être inoculable, tandis qu'il la con-
« serve si on le maintient froid.

« 2° Que l'apparition ou la récurrence des accidents
« secondaires ou tertiaires surviennent très fréquem-
« ment à la suite de l'abaissement de la température.
« Si, d'autre part, on considère le besoin d'être ré-
« chauffé, conditions organiquement inhérente à
« l'enfant naissant ; si l'on songe que l'exposition
« au froid est une des causes morbides qui moisson-
« nent le plus grand nombre de nouveau-nés, qui
« est le point de départ de leurs maladies les plus
« sérieuses (pneumonie, sclerème, etc.) on convien-
« dra de l'utilité toute particulière qu'il y aurait à
« développer une chaleur assez forte et surtout con-
« tinue dans le local consacré aux nourrissons sy-
« philitiques. »

Sans vouloir être aussi affirmatif sur l'utilité bien-

faisante de la chaleur, il faut bien convenir néanmoins qu'elle agit efficacement sur les débiles et nous avons vu plusieurs fois à la Clinique obstétricale, des enfants qui, malgré le traitement habituel, dépérissaient encore et qui, placés dans la couveuse électrique, à température constante (de 28° à 33°, selon les besoins) revenaient assez rapidement à une santé meilleure et pouvaient dès lors acquérir quelques chances de plus à la vie.

Dans la clientèle, on peut user de quelques boules d'eau chaude, mais en ayant soin cependant de ne pas trop élever la température.

Quant à la durée du traitement, il faut compter au moins dix-huit mois à deux ans de soins.

La première année, on pourra se contenter des frictions seules dans les cas ordinaires, ou associées à l'iodure de potassium dans les cas plus graves. Puis, la deuxième année quelques frictions mais surtout de l'iodure.

« Mais, comme l'a dit Moussous (1), une des conditions favorables, pour ne pas dire indispensable, à la réussite du traitement, est l'allaitement par la mère. Cet allaitement a une telle importance que l'on peut réellement se demander si ce fait agit seulement par ses propriétés nutritives où s'il ne possède pas quelques propriétés curatives spéciales, en un mot si son action n'est pas quelquefois comparable à celle des serums d'animaux immunisés employés en thérapeutique. »

(1) Moussous. *Note sur 52 cas d'heredo-syphilis*. Congrès de Bordeaux, 1895.

Dans la syphilis infantile, l'alimentation est en effet le premier des médicaments. On peut même poser comme règle que tout enfant non allaité ou mal allaité au sein court un grand nombre de chances de ne pas résister à la maladie. Si la mère n'a pas un lait suffisant, il faut recourir au biberon, mais sans grand espoir de réussite. Enfin, il est d'autant plus nécessaire que l'enfant soit allaité par sa mère que le traitement interne appliqué à celle-ci aura sur le nourrisson une influence telle qu'il suffira quelquefois à la guérison des deux.

En résumé : traiter l'enfant par le mercure dès que l'on s'aperçoit qu'il est sous le coup d'une cachexie profonde, préférer les frictions mercurielles à tout autre médicament et continuer suffisamment longtemps le traitement pour rendre la diathèse stérile.

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement que l'on peut employer dans la pratique journalière.

CHAPITRE IV

PROPHYLAXIE

Nous croyons avoir établi qu'il n'existe pas de signes qui, en l'absence des lésions objectives, puisse permettre de faire un diagnostic exact et précoce de syphilis.

Mais alors, si l'on ne peut déceler la syphilis dès les premiers jours, il faut rechercher un moyen qui remplira les conditions suivantes :

a) Empêcher la contamination d'une nourrice saine et bien portante.

b) Eviter les ennuis que peut créer au médecin le Code français.

Il est malheureux, en effet, pour ne pas dire criminel, qu'un enfant puisse être l'objet de contamination de toute une famille exempte de tares, et nous ne pouvons mieux faire pour montrer où peuvent aller les choses que de citer le cas devenu presque classique de M. le professeur Fournier qui a raconté l'histoire d'un nourrisson ayant contaminé sept personnes (1).

La deuxième condition à réaliser a été suffisamment expliquée au début de ce travail, pour que nous n'ayons pas à y revenir ici.

(1) Fournier, *Syphilis et nourrissons*, p. 58.

Or, comme aucun signe, d'une part, ne permet d'établir un diagnostic précoce, comme, d'autre part, les accidents peuvent ne se révéler que dans les trois premiers mois de la vie intra-utérine, quels sont donc les moyens à employer et dans la clientèle et à l'hôpital pour éviter la contamination de personnes indemnes.

Quel doit être le rôle du médecin et dans quel sens doit-il agir en présence de ce problème si gros de conséquences ?

Deux cas, toujours les mêmes, se présentent dans la pratique journalière.

1^{er} CAS. — *L'enfant est syphilitique.*

2^e CAS. — *L'enfant n'offre pas encore de lésions, mais il est syphilitique, et dans les deux cas la mère ne veut ou ne peut élever son enfant.*

Mais, comme les parents tiennent à la vie de leur enfant, ils demandent au médecin de décider.

Nous estimons et cela avec des gens plus autorisés que nous, que dans la clientèle privée, comme à l'hôpital, la conduite du médecin doit être la même dans les deux cas.

Dans la clientèle privée, tout d'abord, que faut-il faire ?

Là, comme il s'agit presque toujours de femmes mariées, il faut commencer par refuser tout certificat, engager fortement la mère à nourrir, et pour mieux la convaincre du danger qu'il y a pour son enfant à être allaité par une nourrice, exagérer les choses, faire un tableau très sombre de l'allaitement mercenaire, du manque de soins où va se trouver l'enfant,

la menace constante de la mort et parfois on arrivera au résultat désiré. Se bien garder de faire comprendre quoi que ce soit à la mère, surtout dans le cas où l'on est sûr que le père est syphilitique.

Mais dans ce cas on peut causer plus librement avec lui, en insistant sur la lourde responsabilité qu'il endosse et le danger qu'il y a de confier son enfant à une nourrice, les ennuis qu'il peut s'attirer et souvent on arrivera à le convaincre; il deviendra alors un auxiliaire puissant pour amener la mère à allaiter son enfant. C'est dans ces cas surtout que le médecin doit s'ingénier à trouver de bonnes raisons, à être persuasif. Mais qu'il n'accepte jamais de transactions avec les parents où la nourrice car, comme l'a écrit Diday : « *Le médecin peut-être le confident des parents; qu'il ne devienne jamais leur complice.* »

Mais, direz-vous, les parents ne veulent rien entendre et cela d'autant mieux, comme le dit M. le professeur Gailleton, que le mari nie tout accident spécifique, que la femme ne sait rien et que le mari doit toujours nier.

Il faut alors refuser catégoriquement tout certificat, faire pressentir que l'on pourrait avertir la nourrice du danger qu'elle peut courir, si elle venait nous consulter et souvent, ce dernier point, qui pourrait causer tant de préjudice au prestige social de la famille, fera hésiter les parents qui céderont devant cette perspective. Il faut priver un tel enfant d'une nourrice, car le médecin n'a pas le droit pour être utile à un enfant et pour complaire à une famille, de donner la vérole à une femme : « La vie même de

« l'enfant serait à ce prix, dit Fournier, que pour le
« sauver, on ne saurait risquer la vie d'un autre être
« risquer la perte d'une nourrice en communiquant à
« cette femme une maladie aussi grave et susceptible
« de devenir très grave. Un enfant a la vérole, il doit
« être privé d'une nourrice saine. Cela est une consé-
« quence cruelle — d'accord — mais cela est une
« conséquence forcée de l'infection dont est affligé
« l'enfant et des risques auxquels il expose sa nour-
« rice. »

Sans aller aussi loin, si les parents sont raisonnables, on pourrait, a-t-on dit, faire l'allaitement médiat, c'est-à-dire user d'un bout de sein, d'un appareil quelconque, qui isole la bouche du nourrisson du sein de la nourrice.

Malheureusement, il n'existe pas d'appareil de ce genre et comme le bout du sein est nécessairement perforé, la salive du nourrisson arrivera toujours au mamelon de la nourrice, qui par suite pourrait être contaminée.

Et encore qu'il existât un semblable appareil, serait-on jamais sûr que la nourrice l'utilise chaque fois ou alors il faudrait s'astreindre à une surveillance irréalisable pratiquement. De plus ce qu'on pourrait dire, éveillerait les soupçons de la nourrice qui bientôt quitterait sa place.

Enfin, dernier argument, en admettant que cela soit possible, il arrive parfois que l'enfant est si faible qu'il ne peut « tirer » comme disent les nourrices.

Un autre procédé, à coup sûr excellent, préconisé par Rollet, est celui qui consiste à donner à l'enfant,

avec la cuiller ou le biberon, du lait de femme fraîchement extrait du sein. C'est là sans doute un bon procédé, mais en tant que mode d'allaitement provisoire. C'est un moyen à tenter, quand l'on trouve une nourrice qui veut bien s'y soumettre, mais il y a un écueil, c'est que les femmes perdent rapidement leur lait.

Nous voyons qu'il s'agit là de moyens exceptionnels, pas toujours réalisables et qu'il faut en revenir aux procédés plus faciles, c'est-à-dire le biberon, le pis d'un animal et comme dernière et sans contredit meilleure ressource, l'allaitement par une nourrice syphilitique, surtout quand l'enfant l'est sûrement.

Mais si les parents se refusent à adopter ces derniers moyens et veulent une nourrice, il n'y a plus qu'un parti : *se désintéresser de tout et se retirer*, car on ne doit pas oublier qu'une famille ne vous tiendra jamais rigueur de votre mauvais vouloir, alors qu'elle vous rendra toujours responsable d'une faiblesse et accusera toujours votre ignorance des accidents qui surviendraient à la nourrice et des ennuis que leur créera une contamination.

Heureusement que le plus souvent, comme dans les comédies (et parfois le médecin est appelé à en jouer de véritables) tout arrive à s'arranger. Ordinairement même, la famille cède et dès le début prie le médecin de tout ordonner pour le mieux.

Donc, *en résumé*, surtout aujourd'hui que les nourrices se rendent mieux compte du dommage qui leur est causé, qu'elles sont poussées beaucoup plus à poursuivre leurs clients, le médecin devra agir ainsi ;

Si l'enfant est sûrement syphilitique :

S'opposer formellement à l'allaitement par une nourrice.

Engager tout d'abord la mère à nourrir.

Si impossibilité (maladie aiguë et surtout tuberculose, éclampsie, etc.) ou refus absolu, élever l'enfant soit au biberon, soit au pis d'un animal. Si enfin cette solution n'est pas acceptée, nous conseillons, avec M. le professeur Gailleton, comme dernière ressource et surtout comme le seul moyen humanitaire à employer : confier l'enfant à une nourrice syphilitique, si l'on est assez heureux pour en trouver une.

A l'hôpital, la question est bien plus difficile à résoudre, car, actuellement tout certificat indiquant que l'enfant est « douteux, suspect » implique du même coup l'allaitement artificiel et par suite de grandes chances de mort.

Nous avons vu souvent à la Clinique obstétricale la douleur pénible et sincère qu'éprouvent ces malheureuses, quand arrive le jour de quitter leur enfant. Elles l'ont nourri, s'y sont attachées pendant les quelques jours qu'elles ont passés à l'hôpital soignant pour cacher leur faute et il est navrant parfois de voir les sanglots que provoquent ces séparations. Et cela parce que toutes savent aujourd'hui combien peu d'enfants reviennent des villages où on les a placés. Et cependant, malgré leur bonne volonté un grand nombre, désireuses de les garder, ne peuvent le faire, contraintes par les exigences sociales de notre époque. Aussi, ne pouvant les élever elles-mêmes, une

administration les remplace et c'est ce but sublime que poursuit de tous ses efforts l'administration des Enfants assistés.

Mais alors surgit la difficulté, l'écueil pour le chef de service. Pour éviter les contaminations, qui lui coûtent fort cher aujourd'hui (3 à 5,000 francs) l'administration exige du médecin ce certificat indiquant l'état sanitaire de l'enfant, s'il peut être confié à une nourrice pour l'élever au sein ou au biberon. Et considérons que le service des Enfants assistés réclame un pareil certificat avant le neuvième jour !

Aujourd'hui encore, grâce à l'active diligence des chefs de service, cette date est lointaine. Il y a peu d'années, deux ans à peine, c'était le lendemain de la naissance qu'on expédiait l'enfant en nourrice. A peine était-il au monde, qu'on questionnait la mère pour savoir si elle le gardait ou l'abandonnait. Dans ce dernier cas on faisait signer alors le certificat sur sa bonne mine et on l'expédiait rapidement en nourrice pour être élevé au sein ou au biberon suivant les indications fournies.

Or, nous avons dit et redit qu'aucun signe, en dehors des lésions objectives de la syphilis, ne pouvait permettre de faire le diagnostic, que d'autre part les lésions se montraient surtout pendant le premier mois, et jusqu'au troisième.

Assurément, toutes ces raisons sont excellentes, mais l'hôpital ne veut et ne peut garder les mères pendant un si long laps de temps.

Quelle conduite doit donc tenir le chef de service ?

Imiter certainement celle du médecin dans sa

clientèle, mais il doit faire plus encore, c'est empêcher une contamination sur une grande échelle, car, pour ne citer qu'un chiffre, nous pouvons dire qu'à la Clinique obstétricale on voit 5 à 6 0/0 d'enfants sûrement syphilitiques. Or, en admettant que deux seulement, ce qui est fort peu, ne présentent pas de lésions pendant les neuf jours qu'on peut les surveiller et comme il y a 1200 accouchements par an, on voit donc que 24 personnes saines au moins seront contaminées chaque année.

Si le chef de service ne peut arriver à obtenir l'allaitement par la mère, soit au sein, soit au biberon, il ne doit pas hésiter et il doit signer un certificat pour le nourrisage au biberon. Car, là, il ne peut être question : 1° de confier l'enfant à une nourrice syphilitique. (Où la prendrait-on ?) 2° d'élever l'enfant au pis d'un animal ; qui fournirait cet animal et qui prendrait soin de l'un et de l'autre ?

C'est tout ce qu'actuellement peut faire un chef de service dans une maternité de filles-mères surtout.

Mais est-ce ce qui devrait exister aujourd'hui, alors que tout le monde se préoccupe du grave problème de la dépopulation ?

Non, il y a certainement autre chose à faire que ce à quoi l'on s'en tient le plus souvent. Il est, en effet, de notoriété commune que, pour tous les nourrissons, même pour les nourrissons forts, valides, non entachés d'un vice héréditaire, le biberon constitue un mauvais procédé d'alimentation. C'est un moyen sans doute qui peut bien réussir et qui réussit dans un certain nombre de cas ; mais c'est, de l'aveu général,

un procédé plus qu'incertain, qui, pour des raisons aussi multiples que variées, aboutit le plus souvent à étioier, à affaiblir les nourrissons, à les laisser dépérir et même succomber par alimentation défectueuse.

Et s'il est une chose horrible à dire, c'est la mortalité effrayante des enfants dans la première année de la vie. Il meurt déjà tant de nouveau-nés sans tare héréditaire en nourrice, que les pauvres syphilitiques ne peuvent même prétendre échapper au massacre véritable qui existe et cela d'autant plus que, si par hasard, on éveille les soupçons de la nourrice, cette dernière néglige l'enfant « de peur de prendre son mal » et lui donne d'énormes biberons ou des soupes qui l'indigèrent et le font disparaître à bref délai par troubles gastro-intestinaux, ce qui est de beaucoup la cause de mort la plus fréquente, celle qui vient la première ajouter son action aux tares héréditaires.

Pour donner une idée de cette mortalité citons Monod (1) qui a établi que « sur 40,083 enfants âgés « de moins d'un an, nourris artificiellement, il en est « mort 8,314, alors que sur 34,644 nourris au sein, « 3,880 seulement ont succombé. »

Or, que devient encore cette mortalité, quand elle porte sur des enfants venant au monde avec le germe de la syphilis, et dont certains, de plus, venus avant terme, offrent dès leur naissance tous les signes d'une mort prochaine. « Dans les six premiers mois de la « vie, nous dit Fröhinzholtz (2), la mortalité des en-

(1) Monod. *Rapport sur les enfants assistés de 1898*, p. 21.

(2) Fröhinzholtz, *loc. cit.*

« fants syphilitiques est de 72 0/0 et elle tombe à
« 57 0/0 dans les six derniers mois. »

Devant ces chiffres qui parlent d'eux-mêmes, est-il humain même de ne rien tenter et de laisser les choses en l'état actuel ? N'est-ce pas un véritable meurtre que de s'obstiner à vouloir continuer ainsi ?

Et d'abord nous nous permettrons en un court paragraphe de dire quelques mots des mesures que des gens éminents, cependant, recherchent pour enrayer la dépopulation ou plutôt pour accroître le nombre des naissances.

N'est-ce pas une pure utopie que de vouloir acquérir ce qui n'existe pas. Comment même cela est-il logique de dire : « Un nombre considérable d'enfants meurent en nourrice, les décès excèdent par suite les naissances, nous nous dépeuplons, donc il faut trouver des moyens qui nous donneront des naissances en plus grand nombre. »

Certaines personnes ont bien vu ce qu'il y avait d'avancé dans une pareille idée et : « bien que l'espoir,
« écrit M. le docteur Maygrier (1), de voir, par suite
« de réformes sociales ou autres, naître plus d'enfants
« dans l'avenir, reste permis, tous les efforts doivent
« surtout se concentrer pour faire disparaître une se-
« conde cause, non moins active de dépopulation,
« *les morts évitables*. Et elles sont nombreuses,
« comme celles dues à la tuberculose, à l'alcoolisme,
« à la *syphilis* et surtout, ajoute-t-il, celles qui sur-
« viennent au début de la vie. »

(1) Maygrier. *Les Consultations de nourrissons. Monographies cliniques.*

Il nous semble, en effet, qu'il est plus naturel de se demander : « Mais pourquoi donc tant d'enfants « meurent, pourquoi donc les décès excèdent-ils les « naissances? » C'est, d'ailleurs, ce que M. le professeur Courmont a superbement exposé dans sa leçon d'ouverture du semestre d'été 1902, en parlant de la dépopulation : « Avant de chercher des remèdes au « repeuplement, nous disait-il, il importe de s'occu- « per en premier lieu des enfants qui naissent et de « concentrer tous nos efforts pour les conserver à la « vie par tous les moyens possibles. » Et nous ajouterons que cette idée est si juste, si naturelle pour ceux qui savent, voient ce qu'est la vie d'un enfant et à quoi elle tient, que nous arrivons malgré nous à penser au chien de notre Lafontaine qui lâche sa proie pour l'ombre.

Et en fait n'est-ce pas la même chose !

Essayons de conserver à la vie les enfants qui naissent, dépensons tout l'argent nécessaire pour cela et si sur 40,000 enfants on trouve seulement, à la fin de la première année, 1,000 décès de moins que l'année précédente, nous aurons plus fait que si nous arrivons par des moyens quelconques, à obtenir 1,000 naissances de plus.

Car nous affirmons que, quels que soient les moyens employés, il est rare qu'on puisse arriver à augmenter, comme on le pense, la production des enfants : *la maternité ne se fait pas sur commande*. Et encore que cela pourrait être, combien y aurait-il d'enfants qui ne viendraient pas à terme et combien d'autres encore trépasseraient pendant les premiers

mois de la vie, de la même façon que cela a lieu actuellement.

Ce qu'il faut faire aujourd'hui, et en particulier pour les enfants qui nous occupent, c'est de soigner ces malheureux, victimes d'une tare héréditaire. Et combien cela est plus simple et plus facile à réaliser que la procréation de nouveaux êtres.

Nous ne pouvons songer bien entendu à la loi draconienne de l'Autriche, qui est cependant la meilleure solution et l'idée que nous allons émettre n'est pas neuve hélas, *nihil novi sub sole*, comme disait le poète. Des hommes éminents et compétents en la matière comme Diday (1), dès 1854, M. le professeur Fournier (2) et plus récemment M. le professeur Gailleton (3) l'ont dit et le répètent encore, et ce sont eux, qui voient la solution juste. Ce qu'il faut, comme nous l'avons dit plus haut : « *C'est donner à ces enfants une nourrice syphilitique.* »

« *C'est là le rêve, comme le dit M. le professeur Fournier, car, si la nourrice fournie à l'enfant est au préalable syphilitique il n'y a pas à redouter pour elle la possibilité d'une contagion.* » Il faut donc choisir pour l'enfant une nourrice syphilitique, de date récente si l'on veut encore exagérer les mesures de prudence. Tout alors sera pour le mieux, puisque, dans ces conditions, d'une part l'enfant aura une nourrice, et d'autre part il n'y aura rien à redou-

(1) Diday. *La Syphilis du nouveau-né*. Paris, 1854.

(2) Fournier, *loc. cit.*

(3) Gailleton. *Société des Sciences médicales de Lyon*, février 1904.

ter pour la nourrice. La difficulté est ainsi tournée et notre petit syphilitique rentre dans les conditions communes à tous les nourrissons.

C'est là ce que les chefs de service doivent demander comme mode d'allaitement et suivre en cela les idées que M. le professeur Fournier préconisait déjà dès 1878, quand il disait à ses élèves : « Faites d'abord un tour à Lourcines et notamment à Saint-Louis, car ce sont là les milieux à explorer par excellence pour les investigations de ce genre. »

Mais c'est alors que surgissent d'abord des objections à cette manière de voir et des difficultés plus grandes encore.

Tout d'abord une objection importante venant des parents (cela seulement en clientèle).

La nourrice va aggraver, du fait de sa maladie, l'état de l'enfant, en développant les germes de l'infection, ou bien l'enfant va contracter un mal qui le fera mourir.

Pour ce dernier point, il n'y a qu'une réponse : *nourrissez et élevez votre enfant.*

Pour le premier, le médecin peut, sans crainte aucune, répondre que l'enfant n'a rien à redouter de la nourrice, en fait de vérole. On sait bien aujourd'hui que la syphilis, sauf dans de très rares exceptions, « ne se *double pas* », comme on le disait autrefois, et surtout dans les premiers mois qui suivent une contamination.

Une dernière objection plus grave et plus difficile à combattre est la suivante : une nourrice syphilitique ne saurait être qu'une mauvaise nourrice qui

n'aura pas de lait ou n'aura qu'un mauvais lait. On a, en effet, l'habitude de dire que les femmes syphilitiques offrent tous les caractères de la cachexie. Or, il n'en est rien ; les nourrices ressemblent à tout le monde, le plus grand nombre ont une bonne santé, un lait abondant et mènent à bien le nourrissage de leur enfant.

Mais où surgit la difficulté, plus encore que pour les femmes sans tares, c'est d'avoir sous la main, au moment voulu, des nourrices remplissant toutes les conditions qu'on doit exiger.

C'est alors que le médecin, à l'heure actuelle, est impuissant par lui-même à trouver une telle nourrice et il ne peut que regretter un tel manque et songer aux paroles de M. le professeur Fournier : « C'est là le « rêve que d'avoir une nourrice syphilitique et il faut « faire un tour à Lourcine et surtout à Saint-Louis. »

A Paris, il y a un remède peut-être, mais ailleurs il n'en est plus de même et le médecin doit s'adresser autre part pour trouver la nourrice syphilitique. Il doit aujourd'hui demander, et cela sans se décourager des paroles évasives ou des promesses sans suites, un local où il puisse, au moment du besoin, trouver ce qui sauvera la vie à un grand nombre d'enfants et enrayera d'autant l'extension constante et rapide de la syphilis.

Mais en premier lieu, disons-le en passant, ce qu'il faut faire, c'est de réhabiliter quelque peu ces malheureuses filles-mères. Nous devons faire tous nos efforts pour les replacer un peu plus haut dans l'échelle sociale, leur venir en aide plus encore et leur ouvrir

largement et pour longtemps de nombreux locaux, afin d'éviter l'intervention si fréquente et si néfaste à la repopulation de celles que l'on appelées, à juste titre, « les faiseuses d'anges ».

Et alors, nous dirons avec Brioux, en donnant une autre signification à l'idée dominante de *Maternité* : « *Donnez-nous d'abord un local et de l'argent et nous vous donnerons après des enfants.* »

Mais actuellement, faute de local et d'argent, le nourrisage par des nourrices syphilitiques est impossible. Aussi les médecins doivent-ils demander à tous ceux qui se préoccupent de la repopulation de les aider à obtenir l'un et l'autre.

Or, comme l'Etat, dans sa générosité toujours si grande à soulager la misère, cherche un remède à la dépopulation, qu'il donne ses ressources pour conserver ce qu'il possède. Qu'il aide à créer ou même qu'il crée seul les locaux nécessaires au développement et à la guérison de nos petits syphilitiques. Nous n'avons pas ici à rechercher les moyens qu'il emploiera pour se procurer de l'argent, le principal est qu'il en donne.

Et alors, avec l'argent, nous aurons un local. Quant aux habitants, ils seront vite trouvés. Nous y placerons les nourrices syphilitiques. Ces malheureuses déshéritées du sort, qui tombent à la rue le jour de leur sortie de l'hôpital, ne demanderont plus à partir si vite, pour vivre la misère, si on veut bien les garder. Elles auront le couvert, la table; elles élèveront et nourriront avec joie non seulement leur enfant, mais encore d'autres syphilitiques abandon-

nés. Elles auront ainsi quelques heures de bonheur, mais à une condition, *c'est qu'on les paie*. Rien pour rien dans la vie à l'heure actuelle, mais il est bien de toute justice que tout travail ait son salaire.

Ces femmes allaiteront des enfants, les arracheront à la mort par leur lait et leurs soins. Aussi est-il équitable de leur donner le salaire payé actuellement à la nourrice mercenaire.

On objectera un surcroît de dépense : il n'en sera rien. L'administration des Enfants assistés paie bien la nourrice qui élève l'enfant soit au sein, soit au biberon. La dépense totale ne sera pas augmentée.

Chaque contamination coûte en effet à l'Administration de 3 à 5,000 francs. Mais une telle somme suffit pour payer 10 à 15 nourrices pendant dix mois. Or, chaque année, malgré tous les soins apportés par le chef de service dans l'examen des enfants, il y a en moyenne deux contaminations.

Ces nourrices resteront à l'hôpital tant qu'elles seront utiles; elles ne redouteront plus ce faux pas qui les condamnent actuellement, sachant qu'on les accueillera avec bienveillance et que même on les recherchera. Et combien aujourd'hui y a-t-il de ces malheureuses qui sont contaminées à leur premier pas dans la vie, ou plutôt dans leur vie de femme.'

Alors, le jour où un tel local sera créé, et nous espérons que bientôt cette lacune sera comblée, qu'il s'y trouvera des nourrices syphilitiques, nous verrons cette mortalité effrayante de 72 pour 100 tomber rapidement à 50, 40 et sûrement avec le temps, plus bas encore.

Ces femmes auront le grand mérite, outre leur utilité incontestable dans les hôpitaux, de sauver la vie à des enfants qui seront certainement syphilitiques, mais qui vivront et repeupleront notre pays.

Le jour où les médecins auront obtenu la création de cette nourricerie syphilitique, ce jour là, ils auront accompli un double but humanitaire et utile, s'adressant à 10 pour 100 des enfants et cela même dans la classe aisée où les progrès de la syphilis sont considérables à l'heure actuelle. Ils éviteront ainsi un certain nombre de ces contaminations si redoutables, surtout dans la classe pauvre et épargneront des procès ennuyeux et coûteux à l'administration des Enfants assistés, maintenant que les femmes connaissent mieux le dommage irréparable, corporel et social, pourrait-on dire, qui leur est causé du fait de cette contamination.

Mais est-ce à dire qu'on doive s'en tenir-là et réunir seulement des femmes syphilitiques dans un local ? Non, car une objection toute naturelle s'élèvera des lèvres des adversaires de cette manière de voir : vous n'aurez pas toujours, diront-ils, une nourrice syphilitique en état d'alimenter un nouveau-né, le lait n'a pas une durée infinie et de plus, certains jours, le nombre de vos nourrices sera insuffisant.

Sans doute cette objection est toute puissante et elle tombe justement dans notre manière de voir, car nous demandons plus encore : *c'est de créer à côté des nourrices un local pour leurs auxiliaires.*

Et ces auxiliaires sont les « *expédients* » de M. le professeur Fournier « à l'aide desquels, dit-il, on par-

« vient quelquefois à fournir aux nouveau-nés syphilitiques, une nourriture convenable, excellente même, la seule qui, d'une façon générale, soit appropriée à l'alimentation des jeunes : C'EST L'ANIMAL. »

A ces femmes, en effet, il faut adjoindre certains animaux qui, eux, ou donneront leur lait ou tiendront même fort bien la place d'une nourrice. Et nous voulons parler surtout de la chèvre, l'animal nourricier par excellence, celui dont le lait, par sa composition, se rapproche le plus de celui de la femme.

L'ânesse serait préférable, dira-t-on ? Peut-être, mais nous répondrons, qu'outre la difficulté d'avoir ces animaux en état d'être utiles, le grand point qui doit les faire rejeter, est, outre les soins plus minutieux qu'ils réclament, le danger véritable et constant qu'il y a et pour l'enfant et pour la nourrice, quand l'on veut ou leur tirer le lait ou mettre l'enfant directement au pis de l'animal.

Et de plus, comme il faut parfois traiter indirectement ces petits syphilitiques, il est difficile de faire des frictions mercurielles à ces animaux, ce qui, au contraire est si facile avec la chèvre.

Sans vouloir discuter plus longuement cette question, nous proclamons hautement la chèvre supérieure aux autres animaux.

Mais on a beaucoup discuté sur la race à élever. Cette question, qui semble nouvelle, a cependant été, il y a quelques vingt ans, traitée magistralement et minutieusement par le docteur Boudard (1), qui a fait

(1) Boudard cité par Fournier, *loc. cit.*

ses expériences à Gannat (Allier). Aussi ne pouvons nous mieux faire que de rappeler brièvement ce qu'il a écrit sur ce sujet :

« De tous les animaux domestiques, la chèvre est
« celui qui se prête le mieux aux conditions diverses
« de l'allaitement direct. La position de ses mamelles,
« l'abondance de son lait, sa facile domestication, sa
« taille, son attachement, etc., tout semble la dési-
« gner de préférence quand il s'agit de suppléer la
« femme.

« Mais il est une espèce qui remplit le mieux
« les conditions : c'est à l'espèce blanche et sans cor-
« nes (dite cachemirienne) qu'il convient surtout
« d'avoir recours. Et cela :

« 1° Parce qu'elle n'a pas de cornes, ce qui l'em-
« pêche d'être dangereuse;

« 2° Parce qu'elle est de mœurs plus douces et s'ac-
« commodé mieux de la stabulation que de la liberté;

« 3° Parce que, bien tenue et bien nourrie, elle
« fournit un lait abondant et sans odeur, se rappro-
« chant du lait de femme;

« 4° Parcequ'elle ne se montre jamais rebelle,
« pourvu qu'on laisse ses mamelles se gonfler et qu'on
« lui présente un enfant affamé.

« On devra de plus choisir, pour le but qu'on se
« propose, une chèvre de cette espèce, âgée de 3 ans
« au moins et de 8 ans au plus, ayant les mamelles
« développées, le trayon effilé, semblable au mame-
« lon le mieux fait et, s'il se peut, ayant déjà rempli
« le rôle de nourrice.

« Une belle chèvre, du commencement de mai jus-

« qu'à la fin de juillet, donne en moyenne 3 litres de
« lait, qui se réduisent à 2 litres jusqu'à la fin octobre.
« D'octobre jusqu'en janvier cette quantité se réduit
« à 1 litre, et quand l'animal est bien nourri (surtout
« avec des pommes de terre cuites, avec du son, de la
« farine) cette quantité se maintient jusqu'à la fin de
« février, époque à laquelle la lactation cesse.

« Pour les grands établissements hospitaliers, plu-
« sieurs chèvres couvertes à différentes époques pour-
« ront fournir du lait toute l'année. »

On voit donc qu'on peut réaliser l'allaitement par la *chèvre-nourrice*, sur lequel M. le professeur Fournier a déjà, depuis si longtemps attiré l'attention. Lui même en a fait l'expérience et les résultats qu'il a obtenus sont très satisfaisants. « Chèvre et enfant,
« dit-il, s'entendent à merveille le plus souvent, l'une
« pour servir de nourrice et l'autre pour remplir son
« office de nourrisson....; la chèvre se laisse bien faire
« et voilà l'enfant assuré d'une excellente nourrice
« d'un nouveau genre. »

Nous ajouterons que la chèvre supporte très bien les frictions mercurielles et que par suite l'enfant en tire un double profit et comme moyen vital et comme moyen médicamenteux.

On ne peut donc qu'attendre d'excellents résultats de cette création, aussi bons, assurément, que ceux obtenus par M. Fournier dans sa clientèle où, dit-il,
« il a eu plusieurs fois recours à cet animal comme
« nourrice de nouveau-nés syphilitiques et toujours
« les choses ont marché le plus simplement du
« monde et le plus heureusement ».

Enfin, pour achever cette étude un peu longue peut-être, nous oserons formuler un vœu qui serait tout aussi humanitaire et utile, si la création que les médecins demandent se réalise un jour ; il faudrait des relations constantes entre les médecins de toutes les régions et le chef de service de ces nourriceries, afin qu'eux-mêmes, dans la mesure du possible, concourent au bon fonctionnement et cela pour plusieurs raisons :

1° Ils seraient très heureux, dans certains cas, de savoir où trouver des nourrices syphilitiques, quand la situation que nous avons exposée se présenterait chez un de leurs clients ;

2° Ils feraient œuvre humanitaire en procurant des places à ces abandonnées ;

3° Ils rendraient un service inouï à leurs clients, en sauvegardant d'abord la vie de leur enfant et en leur évitant le procès toujours déplorable et les scandales de la publicité ;

4° Ils sauvegarderaient la société contre les ricochets possibles d'une redoutable contagion, éviteraient les ennuis qui peuvent en résulter et profiteraient ainsi largement de cette création.

Nous terminerons cette étude en disant qu'à l'heure actuelle, le seul remède efficace pour enrayer la dépopulation de notre pays est de sauvegarder le plus possible l'existence des nouveau-nés. Pour cela, il faut rechercher les moyens utiles suivant les différents cas et en particulier, pour celui qui a fait le sujet de

notre travail, il faut de l'argent, qui permettra la création de locaux nécessaires aux nourrices syphilitiques et aux animaux destinés à les aider dans leur nourrissage et à les suppléer même le cas échéant.

CONCLUSIONS

- I. Par les articles 1382 du Code civil et 378 du Code pénal, le médecin se trouve dans une impasse dont il ne peut sortir que coupable. Au plus tard le neuvième jour à l'hôpital, le lendemain et quelquefois le jour même en clientèle, on lui réclame un certificat indiquant l'état sanitaire de l'enfant.
- II. Sauf les manifestations objectives de la syphilis, il n'existe pas de signes qui permette de déceler cette maladie d'aussi bonne heure.
L'aspect de petit vieux, le poids de l'enfant sont des signes sans valeur actuelle.
La courbe d'alimentation est un excellent signe, très utile, mais qui réclame au moins quinze jours de surveillance.
Quant à la loi énoncée par M. le professeur Pinard, elle est inapplicable en pratique, car il y a des cas, où le rapport entre le poids de l'enfant et celui du placenta, égale même $1/4$ et les enfants ne sont pas syphilitiques et

d'autres où ce rapport est égal ou même inférieur à $1/6$, rapport normal, et les enfants présentent des lésions spécifiques.

Les petits signes doivent éveiller le doute, éviter par suite la contamination et les ennuis, mais sont tous sans valeur absolue.

III. Comme d'une part, les lésions n'apparaissent que pendant les trois premiers mois et surtout à la fin du premier, comme d'autre part aujourd'hui :

- 1° La contamination est fréquente;
- 2° La mortalité des enfants syphilitiques est énorme par suite de l'extension rapide du mal, il y a donc nécessité d'enrayer l'une et l'autre.

IV. Mais là le rôle du médecin est achevé. Ce qu'il faut :

- 1° C'est de garder plus longtemps femmes et enfants en surveillance (20 à 25 jours au moins);
- 2° C'est surtout de créer *une nourricerie syphilitique*, local réservé aux femmes syphilitiques nourrices et, pour les aider et les suppléer même au besoin, leur adjoindre des animaux.

Pour trouver et garder ces femmes, il faut leur donner le gage d'une nourrice mercenaire et cette somme ne saurait devenir un surcroît de dépense pour l'administration des Enfants assistés, puisque chaque enfant lui coûte pareille somme.

Les avantages de cette création seront :

- 1° D'enrayer l'extension de la syphilis;
- 2° D'éviter les contaminations coûteuses;
- 3° De mettre le médecin à l'abri des poursuites;
- 4° De faire diminuer la mortalité infantile et surtout de donner la vie à des enfants vaccinés contre ce fléau, qui procréeront dans l'avenir, sans crainte d'accidents.

VU :

Le Président de la Thèse,

GAILLETON.

VU : —

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 11 avril 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIE

BUDIN. — *Leçons de clinique obstétricale.*

LAPORTE. — Etude sur le traitement prophylactique de l'hérédosyphilis. *Thèse Paris*, 1897.

MOUSSOUS. — Remarques sur 52 cas d'hérédosyphilis. Méd. infantile. Paris, 1895. Congrès de Bordeaux, août 1895.

FOURNIER. — Mode d'allaitement d'un enfant issu d'un père syphilitique et suspect de syphilis. *Presse médicale*, 25 novembre 1896, page 673.

MARFAN. — *Traité de l'allaitement.* Paris, 1903.

ROLIN. — Etude sur la syphilis infantile. *Thèse Paris*, 1903.

BARRAULT. — Syphilis paternelle. Essai de prophylaxie *ab oco* de l'hérédosyphilis. *Thèse Paris*, 1899.

GARCARD. — Syphilis placentaire. *Thèse Paris*, 1885.

DIAS. — Hypertrophie placentaire dans la syphilis. *Thèse Paris*, 1891.

BRIDIER. — Rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans la syphilis. *Thèse Paris*, 1893.

SCHWAB. — Syphilis; Placenta. *Thèse Paris*, 1896.

DES RUELLLES. — Des manifestations de la syphilis et en particulier du pemphigus chez le nouveau-né. *Thèse Paris*, 1852.

FÈVRE. — Du pemphigus de la première enfance. *Thèse Paris*, 1855.

SAINTOREN. — Pemphigus aigu. *Thèse Paris*, 1867.

HASSAM-MAHMOUD. — Pemphigus. *Thèse Paris*, 1867.

LECONTOUR. — Les affections syphilitiques du foie. *Thèse Paris*, 1858.

FALIGAN. — Syphilis du foie. *Thèse Paris*, 1863.

TRÉMEAU DE ROCHEBRUNE. — Syphilis congénitale; Infiltration fibro-plastique du foie chez le fœtus et le nouveau-né. *Thèse Paris*, 1874.

- GAILLETON ET DRON. — Mortalité des nouveau-nés syphilitiques. *Lyon médical*, T. XV, 1874, p. 105.
- FOURNIER. — Influence de la syphilis sur la mortalité infantile. *Communication à l'Académie* (mars) 1885.
- DAVILA. — Prophylaxie de la syphilis. *Thèse Paris*, 1853.
- ROWIN. — Du traitement de la syphilis congénitale, *Thèse Paris*, 1837.
- LETULLE. — Traitement de la syphilis héréditaire. *Gazette médicale*, Paris, 1878.
- FOURNIER. — *Nourrices et nourrissons syphilitiques*. Paris, 1878.
- CASATI. — *Etudes et observations sur la syphilis infantile* (traduction Daniel Mollière). Paris, 1874.
- BLANCHET. — De la syphilis chez les nouveau-nés. *Thèse Paris*, 1902.
- MAYGRIER. — Consultation des nourrissons. *Monographies cliniques*, n° 35.
- SIMON. — De la syphilis infantile congénitale; de son traitement comparé à celui de la syphilis des adultes. *Revue des maladies de l'enfance*, Paris, 1866.
- BARLERIN. — Nourrissons syphilitiques. Soins donnés à la consultation de la clinique Fournier. Résultats. *Thèse Paris*, 1902.
- BUDIN. — *Le nourrisson*, 1900.
- KRYKUS. — Mortalité des enfants hérédo-syphilitiques. *Thèse Paris*, 1890.
- LE PILEUR. — *De la mortalité infantile causée par la syphilis*. Documents recueillis à la prison Saint-Lazare. Paris, 1889.
- BERTIN. — *Maladies vénériennes des nouveau-nés*.
- RICORD. — *Lettres sur la syphilis*.
- JAMBON. — Syphilis des nouveau-nés. *Thèse Paris*, 1831.
- ROUX. — Syphilis des nouveau-nés. *Thèse Paris*, 1839.
- MANDON. — Histoire de la syphilis des nouveau-nés et de l'enfant à la mamelle. *Thèse Paris*, 1853.
- PAYRAN. — Etudes sur les manifestations de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né. *Thèse Paris*, 1836.

- PONIEY. — Syphilis infantile héréditaire et acquise. *Thèse Paris*, 1896.
- RIOCREUX. — Syphilis héréditaire. *Thèse Paris*, 1888.
- REQUIN. — *Eléments de pathologie générale*.
- FÈVRE. — Pemphigus de la première enfance, *Thèse Paris*, 1855.
- GUICHARD. — Pemphigus congénital. *Thèse Paris*, 1860.
- DESALLE. — Pemphigus. *Thèse Paris*, 1867.
- PALOT. — Pemphigus aigus des nouveau-nés et de la première enfance. *Thèse Paris*, 1875.
- RASER. — Pemphigus des nouveau-nés. *Thèse Paris*, 1876.
- FRALEU. — Pemphigus, sa valeur diagnostique dans la syphilis des nouveau-nés. *Thèse Paris*, 1897.
- DU CASTEL. — Pemphigus et pemphigoides. *Union médicale*, 1894.
- CASACCA. — Coryza syphilitique héréditaire chez le nouveau-né. *Thèse Paris*, 1898.
- P. RAYMOND. — *La syphilis dans l'allaitement*, 1893.
- ROLLET. — Syphilis et nourrices. *Revue d'anthropologie*.
- SEVESTRE. — Signes de la syphilis précoce chez le nouveau-né. *Progrès médical*, 1889.
- BARASCH. — Syphilis et hérédité. *Thèse Paris*, 1896.
- PAYNE. — Pemphigus. *Lancet*, 19 août 1892.
- PENROSE. — Pemphigus aigu. *Lancet*, 1893.
- RICHARD D'AULNAY. — Pemphigus. *Journal des sages femmes*, 1895.
- STAUB. — Pemphigus puerpéral et des nouveau-nés. *Berlin. Klin. Wochens*, 1894.
- FONTAINE. — Coup d'œil sur l'histoire du traitement mercuriel de la syphilis. *Thèse Paris*, 1895-96.
- SFAMENI. — *Jahresbericht*, 1901, tome XV, page 1077. Du poids de la délivrance et de celui de l'enfant à terme.

